Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s21id13277640

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

BRUXELLES, IMP. DE F. VERTENEUIL, RUE D'OPHEM, N° 10.

53352

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE,

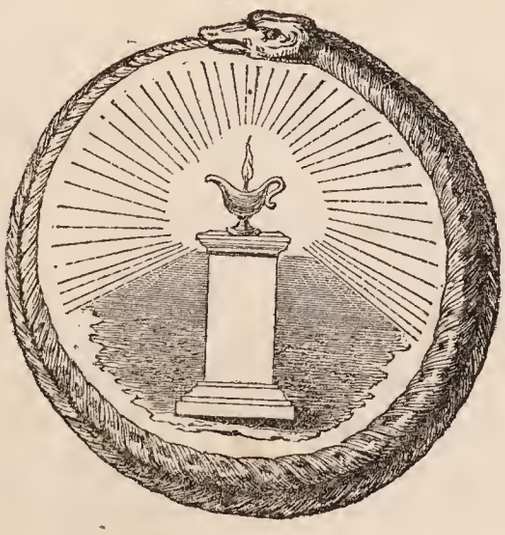
JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES, PHYSIQUES ET NATURELLES
ET DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

PUBLIÉES

PAR J. E. LEQUIME, D. M.

Médecin des hospices de Pachéco, des Ursulines, et de Ste-Gertrude,
membre de la Commission médicale de la province de Brabant,
membre résidant de la société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles,
membre correspondant de la société de médecine de Gand, de celle de Malines,
de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers,
de la Société médico-chirurgicale de Berlin, de la société polytechnique de Paris ;
membre honoraire de la société médico-chirurgicale de Bruges,
de la société des pharmaciens de l'Allemagne septentrionale, etc.

Tome septième.



BRUXELLES,
SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE DE FLANDRE, N° 155.

1842.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

OBSERVATION

DE

CACHEXIE SCORBUTIQUE IMITANT LA CYANOSE;

Par le docteur JOLY, membre titulaire.

Adolphe Lepage, âgé de 14 ans, est issu de parents sains mais d'une constitution délicate, il fut élevé à Paris, par le lait de vâche et les bouillies, se porta assez bien jusqu'à l'âge de huit ans, sauf quelques diarrhées, et de fréquentes incontinences d'urine dont il fut tourmenté. Indolent par caractère, il mit toujours peu de vivacité dans ses mouvements, et se montra d'une apathie étrangère à son âge.

A l'âge de dix ans, il fut avec ses parents habiter la Hollande, où pour être admis dans une école, il fut obligé de se faire vacciner. Il eut toujours un appetit déréglé, vorace même, qu'il satisfaisait par toutes sortes d'aliments malsains et indigestes, sous l'influence desquels la diarrhée persista. — Plus tard il survint un gonflement à la joue droite, les gencives de ce côté étaient malades et tuméfiées, quelques dents étaient gâtées et

bientôt un abcès se forma à la joue, lequel s'ouvrit à l'aide d'emplâtres et d'onguents : cet abcès était d'une couleur bleue et l'ouverture fut très-lente à se cicatriser (au moins trois mois). Depuis lors le teint devint jaunâtre, et bientôt une couleur bleu-violette envahit successivement ses joues, ses lèvres et l'intérieur de la bouche, le regard devint terne, la figure bouffie, la peau sèche et terreuse; persistance de la diarrhée, maux de tête fréquents, battements de cœur violents; plusieurs fois il fut pris de faiblesses avec étourdissements.

Lorsqu'il me fut présenté, il avait atteint l'âge de 13 ans, la face était bouffie et livide, les pommettes, les lèvres et tout l'intérieur de la bouche, avaient une couleur bleu-violette, les yeux mornes et chassieux n'avaient aucun éclat, la respiration était embarrassée, le pouls faible et mou, la langue était bleuâtre mais large et humide, l'ausculation faisait distinguer un bruit de souffle bien manifeste dans le cœur, le bruit respiratoire quoique faible se laissait apprécier dans toute l'étendue des poumons. Les fonctions digestives étaient mauvaises, de temps en temps la diarrhée reparaissait, il avait souvent des faiblesses (lypothimies) mêlées d'étourdissements, les battements du cœur étaient fréquents, ainsi que les douleurs de tête (céphalalgie); du reste aucune éruption soit de taches ou pétéchies ne se laissait apercevoir sur le corps. Son sommeil (au dire du père) était toujours si profond et ressemblait tellement à une léthargie à cause de sa bouche et de ses yeux entr'ouverts, qu'on eût dit qu'il avait cessé de vivre. Sa respiration était inégale et parfois agitée, alors la face était fortement colorée en bleue et le reste du corps était d'une teinte livide et plombée.

Un médecin auquel il s'adressa d'abord (et à qui l'enfant accusa un peu de douleur à l'épigastre) crut y voir une gastrite, et partant, lui ordonna la diète et une application de sangsues à cette région; le sang qui s'écoula fut noir et diffluent, et les symptomes de la maladie furent loin d'être amendés.

La nature de cette maladie était obscure, et cependant le diagnostic était ici le point le plus important. — L'état général du sujet offrait un ensemble de symptômes susceptibles de s'appliquer à diverses maladies ayant entre elles plusieurs points de ressemblance. Ainsi il ne pouvait y avoir qu'une cyanose ou une cachexie scorbutique, capables de fournir de pareils symptômes; l'une et l'autre de ces affections produisant ordinairement en dernier résultat cette coloration particulière du tissu cutané, cette gêne dans la respiration, ces palpitations de cœur, avec bruit de souffle, etc.

Toutefois je crus pouvoir m'arrêter à l'idée d'une cachexie scorbutique, et voici les motifs qui me guidèrent. — La maladie de ce jeune homme ne date que depuis deux ans, et la cyanose est ordinairement congéniale, résultant alors d'un vice de conformation du cœur avec communication anormale entre ses cavités droites et gauches; ou bien encore, de l'ouverture persistante du trou de Botal, suivie dans les deux cas du mélange des deux sangs; et par suite, de la coloration bleue remarquable des tissus dermiques, et du trouble que ce liquide mélangé apporte dans les appareils organiques. Or, en supposant une pareille anomalie, il est très-probable que les signes qui la démontrent seraient apparus dès la naissance, et auraient persisté.

Ne peut-on pas à plus juste raison attribuer l'état de ce jeune homme à une prédisposition constitutionnelle d'abord, à laquelle le climat de la Hollande, les privations, une mauvaise nourriture etc., sont venus porter le dernier coup. Ainsi cet appauvrissement du sang, cette diminution de la fibrine, cette coloration bleuâtre des tissus, et de la bouche en particulier, me semblent plutôt traduire une cachexie scorbutique qu'une véritable cyanose. Les bruits de souffle et les palpitations transmis par le cœur, sont propres à cet état de faiblesse et d'appauvrissement du sang, comme cela s'observe dans le scorbut et la chlorose qui n'est elle-même qu'une anémie. Ces symptômes dépendraient donc bien plutôt de ce que le sang altéré dans sa composition cessait de fournir aux organes les éléments convenables à leurs fonctions; de là une faiblesse et un trouble fonctionnel facile à apprécier; d'un autre coté, les capillaires gorgés de ce sang altéré noir et poisseux, perdaient sous cette influence leur tonicité et leur contractilité; de là, lenteur dans la circulation, coloration bleuâtre ou violacée de la peau et des muqueuses.

Partant de cette idée, je soumis ce jeune homme à un traitement tonique et restaurant; les forces digestives furent d'abord rétablies à l'aide d'une nourriture plus substantielle, et par l'usage de quelques amers, bientôt l'estomac put recevoir certaines préparations ferrugineuses, telles que la teinture de mars tartarisée, dans une potion tonique; un peu de vin de Bordeaux et l'exercice au grand air, complètèrent cette première médication.

Une amélioration sensible ne tarda pas à se montrer, la diarrhée fut la première supprimée, les selles devinrent moulées et noirâtres. Ce premier avantage obtenu j'insistai sur l'emploi des ferrugineux qui devaient, à mon avis, former la base du traitement et rendre au sang les principes dont il était privé; à cet effet le malade fit usage d'un vin ferrugineux, composé de

℞.	Hydriodate de fer	ʒij.
	Teinture de gentiane composée.	℥ij.
	Vin de madère	une bouteille.

à prendre un petit verre à vin matin et soir; régime animalisé, bonne bière pour boisson dans laquelle on aura fait macérer des espèces toniques amères, exercice et promenades au soleil, vêtements de flanelle et frictions sèches sur le corps. — Après une vingtaine de jours de l'emploi de ces moyens, on pouvait s'apercevoir d'un changement remarquable dans l'économie de ce sujet: la respiration est plus facile, les palpitations et le bruit de souffle sont considérablement diminués, plus de syncopes, le teint est plus clair, les yeux plus vifs, l'appétit et les digestions sont bons, en un mot l'amélioration est manifeste et générale. Ces moyens furent continués pendant plus de deux mois, et aujourd'hui pour assurer sa guérison et prévenir toute rechute, je lui fais prendre les pilules de Blaud au nombre de huit par jour, et continuer le régime tonique, dont l'influence lui a été si favorable.

Réflexions.

Cette observation m'a paru mériter d'être conservée à cause de la grande ressemblance qu'elle offrait avec la cyanose, et qui aurait pu, au premier abord, faire confondre ces deux maladies. Et en effet, le symptôme principal (la coloration bleue) était si marqué chez notre malade, que plusieurs de mes confrères auxquels je l'ai montré, crurent d'abord voir une véritable cyanose.

Cette erreur est du reste facile à comprendre, car, outre que la cyanose essentielle (celle qui dépend de la communication anormale des cavités du cœur) est, quoi qu'on en dise, une chose assez rare, son diagnostic offre encore tant d'incertitude et de si grandes difficultés, que plusieurs médecins ont considéré la cyanopathie (maladie bleue) comme dépendant le plus souvent d'un état cachectique, d'une diathèse scorbutique, qui, par l'appauvrissement et le défaut de plasticité du sang, occasionne une dyscrasie particulière.

Cependant Morgagni et Senac avaient déjà considéré la coloration bleue des tissus comme le résultat de la communication anormale des cavités gauches et droites du cœur; Corvisart cite quelques exemples à l'appui de la même opinion, et d'où il infère que la couleur, la lenteur et l'engourdissement des malades atteints de cette affection, dépendent de la présence du sang noir dans le système artériel (1). Plus tard, cependant, ayant observé quelques cas de cyanose sans qu'il y eût communication des cavités droites et gauches, le doute entra dans son esprit, et il reconnut bientôt que la coloration bleue des tissus pouvait fort bien exister sans dépendre toujours de cette anomalie particulière du cœur.

Des observations postérieures sont venues justifier cette réserve, en démontrant l'existence de cette maladie, sans que l'autopsie cadavérique soit parvenue à dévoiler la moindre anomalie dans l'organe central de la circulation ni dans les vaisseaux artériels et veineux.

D'un autre côté, l'observation du professeur Fouquier prouve que la persistance de l'ouverture de Botal n'est pas toujours suivie de la coloration cutanée, puisque chez un homme mort à la Charité, et parvenu à l'âge de 45 ans, on n'observa jamais de cyanose, alors cependant que l'autopsie montra la cloison des oreillettes du cœur perforée au niveau de la base des ventricules, l'ouverture étant assez large pour admettre trois doigts. En outre l'oreillette droite du cœur était énormément dilatée, ses colonnes charnues augmentées de volume, l'oreillette gauche était également dilatée mais a un degré moindre.

Il existe encore un fait pareil cité par MM. Breschet et Bertin, et observé sur une femme de 56 ans, dont la peau avait conservé sa couleur naturelle. — MM. Breschet et Meckel rencontrèrent aussi sur un enfant de six semai-

(1) Hunter a depuis longtemps démontré dans son traité du sang et de l'inflammation, que toutes les fois que le sang artériel se trouve arrêté, ou même simplement ralenti dans son cours, il prend la couleur du sang veineux.

nes un cœur uniloculaire. Toutes les cavités communiquaient ensemble ou plutôt n'en formaient qu'une, vu l'absence des cloisons; et cependant la coloration était à peine changée.

M. Louis, dans le mémoire qu'il a publié sur les communications des diverses cavités du cœur, avoue qu'il n'existe aucun signe capable de les faire reconnaître pendant la vie, et que la cyanose elle-même est loin de les accompagner constamment.

Nous ne pousserons pas plus loin ces recherches analogiques, les exemples que nous venons de citer suffisent du reste pour démontrer que la communication entre les cavités droites et gauches du cœur n'est pas toujours suivie de cette coloration bleue des tissus dermiques (cyanose) que plusieurs auteurs avaient considérée comme le signe essentiel de cette espèce d'anomalie. Notre observation montre cette coloration portée à un très-haut degré, jointe à la plupart des symptômes attribués par les auteurs à la cyanose essentielle; elle vient donc à l'appui de l'opinion émise par bon nombre de médecins recommandables, tendant à considérer la cyanose (coloration bleue des tissus) comme dépendant dans beaucoup de cas, d'une cachexie scorbutique, d'une sorte de *crase* du sang, dont l'altération se traduit au dehors par cette coloration particulière des tissus.

Notre diagnostic basé sur ces considérations et sur le commémoratif de l'affection, fut couronné par le succès du traitement, lequel à son tour en justifia la portée.

Le 1er septembre 1841.

Rapport sur l'observation qui précède (1).

Messieurs,

L'observation dont il est ici question, nous offre ceci de remarquable, que les symptômes de la maladie, la cyanose surtout avaient atteint chez le jeune sujet, une intensité peu ordinaire, et sous ce rapport elle mérite de fixer l'attention. En rapprochant quelques-uns des symptômes que présentait le malade, tels que bruit de souffle, faiblesses fréquentes, étourdissements, céphalalgies, etc., on ne tarde pas à s'apercevoir que cette cyanose est dépendante d'une affection du cœur, et l'affection du cœur elle-même

(1) MM. Marinus et Dieudonné, *commissaires*; Dugniolle, *rapporteur*.

de la diathèse dont le malade était atteint; ce cas, qui n'est pas unique dans la science démontre, que le cœur et les autres organes, peuvent être affectés consécutivement et sympathiquement à une affection diathésique et que celle-ci guérie, tous les troubles qu'elle avait apportés à l'harmonie des fonctions disparaissent avec elle.

Dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, la nature semble se jouer de nos systèmes en faisant coïncider, je dirai même en rendant dépendantes deux espèces d'affections, qui isolées eussent sans doute exigé chacune un traitement spécial.

M. le docteur Joly a vu chez son malade une diathèse; il l'a combattue, et il a réussi; c'est ce qui devait arriver, car en attaquant le mal dans sa racine, il devait non-seulement modifier l'état général des humeurs, mais améliorer les symptômes que présentaient certains organes. Dans cette circonstance, M. Joly ne s'est pas borné à un examen superficiel de son malade, il a recherché la cause du mal et un succès complet à couronné le traitement qu'il a employé.

Si nous examinons maintenant de quelle nature était la diathèse dont le jeune malade était atteint, nous ne pouvons admettre avec l'auteur qu'elle était *scorbutique*, car nous trouvons entre les symptômes qui caractérisent le scorbut et ceux que présentait le malade dont il est ici question une différence telle, que la même dénomination ne peut convenir à des états qui n'ont entre eux aucune ressemblance. Aussi n'hésitons nous pas à considérer cette affection comme une *diathèse scrofuleuse;* nous nous croyons d'autant plus fondés dans notre manière de voir, que ces deux maladies se développent si non sous des circonstances tout à fait opposées, au moins dans des espaces de temps très-différents. En effet, d'après plusieurs auteurs et entr'autres M. Poissionnier-Desperrière (*Traité sur les maladies des gens de mer,* Paris 1780, p. 69), les symptômes du scorbut sont les suivants :

Lassitude spontanée, fatigue même au sortir du lit, mélancolie, douleurs aux articulations après les mouvements, étouffements après des exercices modérées, degoût du travail, timidité, taciturnité, gonflement et douleur des gencives, appétit, peau sèche et aride, qui annonce une diminution dans la transpiration, yeux ternes, méfiance, affaiblissement des facultés intellectuelles, coloration différente des lèvres; quelques-uns ont le ventre tendu, sans être douloureux; garde-robes difficiles, douleur vague de rhumatisme.

Quand la maladie est bien caractérisée, la peau devient absolument sèche, souvent même remplie de petits tubercules; quelquefois elle est raboteuse : elle se couvre de taches qui de jaune deviennent violettes et noirâtres; elles sont petites d'abord et s'étendent souvent au point de se toucher les unes et les autres.

Les gencives se gonflent dans la première période; dans la seconde, elles s'excorient, et donnent lui à un écoulement de sang, et à l'ébranlement des dents : l'haleine alors est fétide, et la salive coule à flots.

Dans l'observation de M. Joly, on ne trouve pas cette profonde altération des humeurs, qui semble cadavériser l'individu même pendant la vie; les maux de dents que son malade a éprouvés, ne se sont montrés que d'un seul côté, ce qui est fréquent chez les scrofuleux, même le gonflement des

gencives; chez le malade dont il est question, les symptômes se sont montrés depuis bon nombre d'années, la maladie n'a fait que des progrès très-lents; ils n'ont point même été portés très-loin, ne fut la cyanose, peut-être n'eut-on pas pensé à le traiter. La marche du scorbut est bien différente; cette maladie ne présente point de ces longues périodes sous l'influence des circonstances qui la provoque; elle se développe promptement, emporte le malade en peu de jours quand elle est arrivée à son plus haut degré ou se guérit très-lentement si elle est enrayée dans sa marche.

L'appétit du malade fut toujours déréglé et la diarrhée fut persistante; ses yeux étaient chassieux; l'abcès qui se forma du côté droit, fut lent à se cicatriser (3 mois) et la teinte bleuâtre qu'il conserva longtemps, sont tous des symptômes qui appartiennent aux affections scrofuleuses, et non au scorbut.

Quant à la cyanose que M. Joly considère comme dépendant directement de la diathèse, ici encore nous ne partageons pas l'opinion de l'auteur; de plus, nous ne croyons pas que la cyanose soit jamais essentielle, dans le véritable sens attaché à ce mot. La cyanose, pour nous, n'est qu'un symptôme provoqué par un obstacle quelconque au retour du sang veineux dans le cœur droit ou bien par une affection pulmonaire qui ne permet pas l'hématose complète du sang veineux. Cette affection pulmonaire peut dépendre d'une maladie de la moëlle ou de la base du cerveau, ou bien d'une altération particulière du sang comme nous en avons eu de nombreux exemples lors de l'invasion du choléra.

De ce qui précède nous pouvons conclure :

1° Que la diathèse était, non scorbutique, mais scrofuleuse;

2° Que la cyanose en elle-même était indépendante de la diathèse, et que l'affection du cœur qui la provoquait en dépendait directement.

En terminant, nous vous prions de vouloir voter l'impression de l'observation et du rapport.

RAPPORT

SUR

L'OUVRAGE DE M. LE DOCTEUR C. GOBÉE,

intitulé :

Klinische Bidragen tot de theorie en praktyd der Geneeskunde. (1)

Messieurs et honorables collègues,

Chargés de vous faire un rapport sur l'ouvrage de M. Gobée, chirurgien-major de l'hôpital militaire de Bois-le-Duc, nous avons senti la nécessité de vous présenter un rapport écrit, parce que l'ouvrage que nous avions à examiner, étant riche en observations pratiques, nous avons dû nous défier de notre mémoire et ne pas courir la chance d'en rendre un compte fort incomplet.

L'ouvrage de notre confrère M. Gobée, est divisé en deux parties fort distinctes : dans la première, l'auteur expose les observations cliniques les plus importantes qu'il a eu l'occasion de recueillir dans son service pendant l'année 1858; — la seconde partie traite exclusivement de l'ophthalmie qui sévit dans l'armée des Pays-Bas.

1re *partie.* — Clinique. — L'auteur groupe ses observations par mois, et donne pour chaque mois, un tableau statistique très-détaillé des diverses affections morbides qu'il a eu à traiter, et un autre tableau indiquant jour pour jour, les variations du baromètre et du thermomètre, les vents régnants, l'état du ciel et les conditions hygrométriques de l'atmosphère. — Suivant les traces d'Hippocrate, de Sydenham, Baglivi, Boerhaave et Stoll, il étudie, chose généralement trop négligée de nos jours, les modifications imprimées à notre organisme sain ou malade par les diverses influences atmosphériques, et fait ressortir le caractère particulier que les maladies empruntent à ces influences. Ainsi pour le mois de janvier 1858, où le thermomètre Réaumur a donné une moyenne de 15°, presque toutes les maladies tenaient du génie rhumatismal et intermittent, et les affections franchement inflammatoires étaient excessivement rares. Le type quarte a été prédominant parmi les fièvres intermittentes; celles-ci étaient très-nombreuses, très-opiniâtres et réclamaient souvent jusqu'à un gros de sulfate de quinine; elles récidivaient fréquemment et se compliquaient de catarrhe bronchique. Ceci posé, nous pouvons passer en revue les observations recueillies par M. Gobée.

La 1re *observation* porte sur un cas de diarrhée sanguinolente (diarrhæa

(1) MM. Daumerie et Rieken, *Commissaires ;* Dieudonné, *rapporteur.*

cruenta).—Cause présumée,—suppression de la transpiration.—État du malade, — affaissement profond; peau et pouls à l'état normal; langue un peu rouge et sèche; évacuations fréquentes de sang pur et d'un rouge vif. — Traitement. Laudanum à haute dose (1 ½ gros en 20 heures) sans provocation au sommeil. — Guérison rapide.

2e *observation.* — Diarrhée sanguinolente par cause rhumatismale et fièvre intermittente quarte. — Guérison prompte de la diarrhée par une application de sangsues au siége et par le laudanum à l'intérieur ; la diarrhée, nulle le jour, revenait constamment la nuit (caractère rhumatismal). — La fièvre quarte continua sa marche et ne fut guérie que par le sulfate de quinine et les amers.

3e *observation.* — Hémicrânie rhumatismale. — Une saignée de ℥x, 15 sangsues à la tempe du côté malade; des frictions avec la pommade mercurielle opiacée, des poudres purgatives composées de calomel et de jalap, un sinapisme et un vésicatoire à la nuque diminuèrent l'intensité du mal qui était affreux : les douleurs revinrent la nuit suivante et ne furent enlevées complétement que par l'administration de gr. xij de sulfate de quinine associés à gr. ij d'opium. — Beaucoup de praticiens, dit l'auteur, regarderaient cette affection comme une fièvre intermittente larvée, cependant il n'en est rien. Depuis plus de deux ans il combat efficacement par le sulfate de quinine associé à l'opium la douleur nocturne qui accompagne l'ophthalmie rhumatismale, cette douleur que l'on sait être térébrante et d'une extrême intensité. Le sulfate de quinine et l'opium sont, pour ainsi dire, spécifiques dans ces cas, et la longue expérimentation que l'auteur a faite de ce moyen, lui permet de le recommander à ses confrères, avec la conviction qu'ils ne seront jamais, ou que très-rarement, trompés dans leur attente.

4e *observation.* — Angine gutturale; érysipèle de la face; encéphalomyélite avec ramollissement. — Mort au 9e jour. — Cette observation est renseignée comme un cas douteux et difficile. — Le début de la maladie fut en effet insidieux et ne présenta d'autres symptômes que ceux d'une amygdalite peu intense qui céda facilement aux moyens ordinaires et dont la guérison paraissait complète au 4e jour. Alors se manifestèrent un érysipèle de la face et des douleurs cuisantes et intolérables dans la région lombaire, accompagnées de secousses dans toute la colonne vertébrale, secousses que l'auteur compare à celles que produirait l'électricité ou la strychnine. L'exploration du rachis fit reconnaître dans la région lombaire un point excessivement douloureux. La parole était difficile et inintelligible, la langue sèche, la soif intense, la déglutition facile, la respiration normale, le pouls petit et légèrement accéléré. Quelle était la cause de cette formidable affection? M. Gobée se fondant sur le génius morborum epidemicus, suppose que c'était une cause de nature rhumatismale qui, après avoir affecté d'abord le pharynx et les amygdales, s'était portée ensuite sur l'extrémité inférieure de la moelle épinière. L'érysipèle de la face lui paraît devoir être attribué à la même cause. Tous les moyens employés, antiphlogistiques locaux d'abord, dérivatifs, antispasmodiques, etc., etc., restèrent sans résultat et ne purent sauver le malade.--L'autopsie fit constater une injection très-forte des membranes du cerveau; mais l'altération la plus remarquable existait dans le canal vertébral, où, à partir des dernières vertèbres

dorsales jusqu'à la queue de cheval, la moëlle épinière était tellement ramollie qu'elle restait attachée aux doigts comme de la bouillie, et qu'elle avait perdu toute apparence de structure organique. Dans ses réflexions sur ce cas intéressant, l'auteur appelle surtout l'attention des praticiens sur les secousses comme électriques de la colonne vertébrale, qu'il donne comme un signe pathognomonique de l'inflammation de la moëlle et de ses membranes, et qu'il n'a trouvé indiqué par aucun des auteurs qui se sont occupés de cette maladie; la douleur qu'accusent les malades quand on touche leurs membres est un signe de ramollissement soit de la substance cérébrale, soit de celle du prolongement rachidien; il ne l'a jamais vue manquer dans ces cas. Quant à la contracture des membres, donnée par plusieurs auteurs français, et particulièrement par Lallemand, comme un signe pathognomonique de ramollissement, elle se rencontre aussi dans la congestion cérébrale.

La 5e *observation* est encore un cas d'encéphalo-myélite avec ramollissement, déterminée par un refroidissement et terminée par la mort au 17e jour. Les principaux symptômes furent : céphalalgie très-violente, vomiturition, clignotement et photophobie de l'œil droit, dilatation des pupilles, délire, évacuations spontanées involontaires, pouls petit, peau sèche; le toucher des extrémités inférieures et du bas-ventre détermine de fortes douleurs, rigidité et contracture des membres. A l'autopsie, on trouva des désordres considérables dans les centres nerveux, surtout dans la moëlle épinière qui était ramollie dans presque toute son étendue. — Cette observation, Messieurs, est des plus intéressantes, en ce qu'elle reproduit un symptôme que l'auteur dit toujours exister lorsqu'il y a ramollissement de la moëlle, savoir la douleur qu'éprouvent les malades au moindre attouchement, et surtout en ce qu'elle fournit un exemple de ramollissement affectant toute la moëlle épinière, fait dont la possibilité avait été révoquée en doute par Abercrombie et Romberg, et que M. Gobée a constaté avec d'autant plus de soin que lui-même ne croyait pas à la possibilité d'altérations aussi considérables de la moëlle.

Parmi les formes morbides intercurrentes qui n'empruntèrent rien au genius morborum, sont rangés les deux cas suivants :

6e *observation*. — Mania transitoria. — Un caporal d'un tempérament sanguin, fortement musclé, est conduit à l'hôpital dans un état de fureur. Il avait toujours été bien portant et ne faisait jamais usage de liqueurs alcooliques. Il courtisait une demoiselle d'une bonne famille bourgeoise, avec laquelle il était sur le point de se marier. C'est après avoir sollicité en vain et à plusieurs reprises, un congé de trois jours pour aller voir sa future, qu'il fut pris d'un accès de manie furieuse, si forte que six soldats robustes pouvaient à peine le contenir; il brisait tout ce qu'il rencontrait, ne parlait que de sa future, implorait un congé. L'officier de santé de garde fit une saignée de 6 onces, qui, certainement dans le cas actuel, était un exemple de pusillanimité médicale très-grande. Quand M. Gobée arriva, le malade était tenu encore par six soldats, le pouls était large, plein et accéléré, la face vultueuse, toutes les 2 ou 3 minutes il y avait un accès de fureur commençant par des contractions cloniques des membres et qui se terminait par les plus violentes convulsions de tout le corps. — Une saignée fut faite

jusqu'à syncope; celle-ci se prolongea pendant 10 minutes, et quand le malade revint à lui, il regarda avec étonnement autour de lui, reconnut ses camarades, dormit toute la nuit et ne se ressouvint de rien le lendemain. — La guérison était complète.

Voilà un exemple de congestion cérébrale due à une affection morale vive, qui se fait remarquer par une surexcitation très-forte du cerveau : quand on rapproche ce fait d'une infinité d'autres où la même cause a donné lieu à un coma profond, on doit être frappé de l'obscurité et de la bizarrerie dont les affections cérébrales sont souvent accompagnées dans leur manifestation. — Le cas n'est pas moins intéressant considéré au point de vue médico-légal : en effet, il n'y a pas de doute que ce caporal eût tué son capitaine s'il l'avait rencontré pendant son accès de fureur. Quel n'eût pas été l'embarras du Conseil de guerre, s'il avait eu à prononcer sur la vie ou la mort d'un homme qui dès le lendemain de la perpétration du crime, jouissait de toute la plénitude de sa raison? s'en serait-il rapporté à la déclaration de l'accusé et aux dépositions des médecins pour acquitter complétement le premier? Ce devrait être; mais malheureusement plus d'un a été condamné innocemment pour des meurtres commis alors qu'il n'y avait plus liberté de conscience, et que la volonté n'y avait pris aucune part.

La septième observation est relative à une paralysie saturnine du côté droit, présentée par un peintre en bâtiments, et qui a été guérie en un mois de temps par l'application de deux vésicatoires, l'un à la nuque, l'autre à la région lombaire, par l'usage d'une infusion de fleurs d'arnica, de frictions excitantes sur les membres paralysés, d'un régime tonique, composé surtout de viande et de vin, par l'usage de la strychnine administrée endermiquement et de pilules avec de l'extrait alcoolique de noix vomique.

Nous devons faire ressortir ici le peu de durée du traitement dans une maladie ordinairement très-rebelle : en effet, M. Tanquerel, dans son traité *ex professo* des maladies déterminées par le plomb, reconnaît que la paralysie saturnine, alors même qu'elle est récente, exige toujours un traitement fort long. Cette observation prouve encore l'efficacité de la noix vomique, et confirme pleinement l'expérience acquise sur ce médicament par MM. Fouquier et Tanquerel. Après la guérison, le malade a offert pendant quelque temps une particularité bien remarquable : il riait de tout, même des choses les plus insignifiantes; il riait enfin au nez des personnes qui le saluaient. Ce rire involontaire que M. Gobée attribue à l'action irrégulière du centre nerveux cérébral, diminua peu à peu et disparut complétement.

FÉVRIER. — *Les maladies présentant un caractère inflammatoire bien manifeste.*

Les pneumonies, avec ou sans pleurésie, exigent toujours deux ou trois saignées, et le sang offre toujours une couëenne inflammatoire épaisse. Les catarrhes pulmonaires chroniques sont facilement ramenés à l'état aigu et se terminent par la mort. L'auteur préconise, dans les affections de poitrine aiguës, le calomel, à hautes et petites doses, avec ou sans opium, l'extrait de jusquiame ou d'aconit.

8e *observation.* — Pleurésie chez un homme faisant abus de liqueurs alcooliques et qui succomba quelques heures après son entrée à l'hôpital. Une saignée fut faite et le sang se couvrit d'une légère pellicule verte, le serum était d'un rouge verdâtre, et il y avait absence de cruor. — Autopsie. Adhérence des plèvres à droite, poumon droit rouge-brun (ramollissement rouge). — Cœur très-grand, cavités droites très-vastes avec amincissement de leurs parois; dans l'aorte, au-dessus des valvules semi-lunaires, une plaque osseuse large comme un doigt et longue comme trois doigts; dilatation anévrysmatique de la crosse de l'aorte; dans les ventricules droit et gauche une masse de concrétions polypiformes. — Malgré ces altérations organiques profondes, la cause de la mort si subite du malade reste incertaine; l'auteur croit pouvoir l'attribuer à une paralysie du cœur.

M. Gobée parle ensuite des cas de rougeole et de variole qui se sont présentés dans son service pendant le mois de février. — La rougeole était assez bénigne; un cas de varioloïde était accompagné au début d'une fièvre violente et de délire; une saignée de 8 onces et des dérivatifs sur le canal intestinal diminuaient de suite cette réaction. La face et tout le corps étaient littéralement couverts de pustules confluentes qui arrivaient plus tôt que d'habitude à la période de suppuration et de dessication; le malade portait aux deux bras des cicatricules provenant d'une bonne vaccination.

Bien que la revaccination se pratique avec beaucoup de soin dans l'armée des Pays-Bas, il n'est pas rare cependant de rencontrer encore tous les ans des cas de variole vraie et de varioloïde maligne, assez fréquemment suivis de mort. L'auteur a fait plus d'une fois la remarque que la vaccination pratiquée pendant une épidémie de variole, est une chose dangereuse et que la susceptibilité de l'organisme pour la variole se trouve réveillée et aggrandie par ce fait. En 1832, il eut pour la première fois occasion de faire cette remarque; il vaccina un cuirassier fortement musclé et d'une taille gigantesque. Au troisième jour se développèrent, non pas des pustules vaccinales, mais de véritables pustules varioliques qui recouvrirent bientôt tout le corps: le malade succomba pendant la période de dessiccation. Après cet exemple malheureux, M. Gobée s'est demandé plus d'une fois, si ce cuirassier aurait gagné la petite-vérole, s'il n'avait pas été vacciné.—En 1838, il a observé un cas tout à fait analogue et tout aussi malheureux.

La 9e observation est intitulée : Fièvre tierce, pleurésie, phthisie pulmonaire floride; guérison à la troisième période par l'huile de foie de morue. Les signes pathognomoniques de la phthisie nous sembent manquer; si les symptômes énumérés par M. Gobée n'indiquent pas positivement l'existence d'une phthisie pulmonaire, ils dénotent du moins une affection fort grave de la poitrine, et, à ce titre, l'observation nous paraît digne de fixer notre attention.

Le mois de *mars* a été froid et humide; aussi les maladies offrent-elles, presque toutes, le caractère catarrho-rhumatismal. Les inflammations franches étaient rares; le sang tiré présentait la couënne rhumatismale et beaucoup de serum; la poudre de Dower et les vésicatoires furent des moyens héroïques. — Un vieil ivrogne atteint de delirium tremens, fut rétabli en peu de jours après avoir pris 10 grains de tartre émétique.

10e *observation.* — Congestion cérébrale avec coma, irritation consé-

cutive du cerveau; guérison. — Ici la congestion cérébrale a encore été déterminée par une affection morale vive. Le malade a présenté une rigidité et une contracture très-prononcées des membres. Une saignée, des ventouses scarifiées à la nuque, des sangsues sur le trajet des carotides, lavement avec ℥ s. sulph. sodæ et tart. emet. gr. iij ne le tirèrent pas de son coma. — M. Gobée monta sur une chaise et lui laissa tomber sur la tête, sous forme de douche, 5 à 6 pots d'eau froide; ce moyen réussit; le malade revint à lui, mais retomba de nouveau dans une somnolence profonde, dont il ne fut définitivement tiré que par une épistaxis abondante de la narine droite. Vingt-quatre heures plus tard, se manifestèrent des symptômes d'irritation cérébrale, qui furent combattus par une saignée, le calomel, les fomentations de Smucker, des potions émetisées et un vésicatoire à la nuque. — L'auteur préconise ici particulièrement les douches d'eau froide : il attribue l'amélioration obtenue à l'emploi de ce moyen, ainsi qu'à l'épistaxis qui a eu lieu et qu'il regarde comme critique.

11e *observation.* — Phlébite de la saphène droite par cause mécanique; érysipèle du mollet, inflammation et carie de l'articulation tibio-tarsienne avec décollement des apophyses du tibia et du péroné; tubercules dans les poumons.—Cette observation est intéressante par le cortége de symptômes graves qui se sont manifestés à la suite d'une contusion du pied droit par son choc contre une pierre. Au bout de quatre jours, un gonflement considérable affectait l'articulation tibio-tarsienne; le bord interne du pied était tourné en bas et en dedans, le bord externe en haut et en dehors, de manière à faire croire à une luxation du pied en dedans avec fracture de l'extrémité inférieure du péroné : cependant il n'en était rien, car le malade ayant succombé peu de jours après à une phlébite de la saphène, l'autopsie fit découvrir seulement une infiltration de pus dans l'articulation, et des traces d'une carie qui avait porté sur les extrémités inférieures du tibia et du péroné. Quant au décollement des apophyses de ces os, M. Gobée se demande s'il faut le rapporter à la cause mécanique ou le considérer comme une suite de l'inflammation violente dont l'articulation tibio-tarsienne a été le siége; il ne saurait, dit-il, voir dans ce décollement une véritable fracture. — La saphène, à partir de la malléole interne jusqu'à sa réunion à la crurale, était d'une dureté remarquable, quatre fois plus développée que dans son état naturel, vide de sang, mais remplie d'un bout à l'autre d'un pus très-consistant. — Cette observation est suivie de considérations importantes sur la phlébite externe et sur les signes auxquels on peut reconnaître son existence. L'auteur attache une grande importance à la rougeur érysipélateuse qui précède ordinairement l'invasion de la phlébite, ainsi qu'à la dépression rapide des forces du malade, à l'altération profonde des traits de la face accompagnés d'un pouls bien accéléré.

Au mois d'*avril,* prédominance des fièvres intermittentes : les affections aiguës de la poitrine sont encore nombreuses et se montrent compliquées de symptômes gastriques, tels que : langue fortement chargée d'un enduit jaune-verdâtre, nausées, vomissement de bile, teinte jaune vers les ailes du nez et les commissures de la bouche, joues fortement colorées, céphalalgie frontale.—Ces affections sont efficacement combattues par les saignées d'abord et ensuite par les vomitifs.

Parmi les observations rapportées par M. Gobée, nous remarquons d'abord (obs. 12) un cas de pleurésie suivie d'une arachnoïdite avec délire violent : l'arachnoïdite est attribuée à une métastase du principe rhumatismal par analogie de membranes ; elle guérit par le retour de la pleurésie. —Ensuite (obs. 13) une congestion cérébrale avec coma profond, trismus et évacuations involontaires ; la contracture des membres s'est encore une fois manifestée dans ce cas. Le malade a encore dû la vie aux douches d'eau froide et à l'émétique à haute dose ; il recommande chaudement ces moyens dont le premier a déjà été préconisé d'une manière toute particulière par Abercrombie ; les déplétions sanguines tant générales que locales lui paraissent insuffisantes pour prévenir l'épanchement qui est toujours imminent dans les cas où la congestion sanguine est portée si loin.

Les douches d'eau froide ont encore eu un beau succès dans un cas de gastro-entéro-céphalite accompagnée de nostalgie (obs. 14). L'auteur est fort embarrassé pour décider si la phlegmasie gastro-intestinale a été ici consécutive ou primitive ; nous concevons son embarras, car des autorités imposantes, Broussais et Larrey, ont émis sur la nostalgie des opinions diamétralement opposées ; ainsi pour le premier, il n'y a pas le moindre doute que la nostalgie ne soit une gastro-entérite avec arachnoïdite consécutive ; pour le second, c'est l'encéphale qui est atteint le premier et la gastro-entérite n'est que consécutive. Quoi qu'il en soit, l'auteur préconise dans ces cas l'acide muriatique oxigéné qu'il donne à la dose de ʒj gr. dans une potion émolliente de ℥vij dont il fait prendre toutes les heures une cuillerée à bouche.

15e *observation.* — Rhumatisme aigu ; endocardite consécutive, hypertrophie du cœur. — Mort au 13e jour. — L'endocardite ne se manifesta qu'au onzième jour de la maladie ; une saignée, un vésicatoire énorme sur le thorax, le calomel associé à l'extrait d'aconit n'amenèrent aucun amendement ; la petitesse et l'irrégularité du pouls ne permirent pas de faire de nouvelles saignées. — On trouve à l'autopsie, les poumons et le péricarde recouverts d'une fausse membrane jaune très-épaisse, épanchements séreux à droite et à gauche ; le cœur est également recouvert d'une fausse membrane, qui, au toucher paraît être couverte de sable ; le ventricule gauche est fortement hypertrophié. — Peut-être, dit M. Gobée, les saignées coup sur coup, employées dès le début, auraient-elles eu un bon résultat ; mais il pense qu'une médecine rationelle ne saurait adopter cette méthode, alors que le pouls et la respiration ne s'éloignent pas beaucoup de leur rhythme normal, car le rhumatisme aigu est une maladie qui ne peut être jugulée, ni par les saignées, ni par aucun autre moyen ; de larges vésicatoires au thorax lui paraissent le meilleur moyen pour prévenir l'endocardite.

16e *observation.* — Pleurésie. — Mort au sixième jour. — Adhérence des plèvres et épanchement de 8 onces de sérosité du côté gauche. – Rien de remarquable dans cette observation.

Au mois de *mai,* il y eut encore beaucoup de fièvres intermittentes : la plupart furent traitées efficacement par un médicament dont la découverte est due à Serturner, par le muriate de chinoïdine dont l'inspecteur général du service de santé militaire avait ordonné l'essai, afin de constater ses

propriétés fébrifuges. Ce muriate se fait avec le résidu du quinquina qui a déjà servi à la préparation du sulfate de quinine ; il y aurait donc là une économie notable pour le trésor si le nouveau médicament était aussi efficace que le sulfate de quinine. Or, il résulte des essais faits par notre confrère de Bois-le-Duc, que sur 20 malades affectés de fièvres intermittentes quotidiennes, tierces, quartes et doubles-quartes, il n'en a pas vu un seul chez lequel l'accès soit revenu après le deuxième jour de l'emploi de l'hydrochlorate de chinoïdine, et qu'en général pour guérir une fièvre intermittente il fallait moitié moins de ce médicament que de sulfate de quinine. Il regarde donc comme chose presque certaine que le sulfate de quinine pourra être remplacé avantageusement par le muriate de chinoïdine qui coûte beaucoup moins. Cinq cas de *delirium potatorum* ou *tremens* ont encore été traités avec succès par l'émétique à hautes doses : depuis plusieurs années, il a renoncé à l'usage de l'opium, qui administré à fortes doses, lui paraît dangereux et prédisposer à l'apoplexie surtout chez les jeunes sujets. Les observations 20 et 21 exposent le *modus faciendi* de l'auteur ; il met ordinairement 5 ou 6 gr. de tartre émétique dans une potion de 6 onces et en fait prendre une cuillerée à bouche de 1/2 en 1/2 heure ; s'il n'obtient pas d'amendement il met jusqu'à 8 gr. d'émétique dans semblable potion, et il est rare que la guérison se fasse attendre.

La 17e *observation* est relative à une pleurésie, qui, guérie en une huitaine de jours, fut suivie d'une scarlatine qui enleva le malade en moins de deux fois 24 heures.—Ce cas nous a paru intéressant en ce que l'enveloppe cutanée était entièrement rouge et ne présentait nulle part ces portions saines qu'on rencontre toujours dans la scarlatine, en ce qu'il y eut absence d'angine et que la scarlatine ne régnait ni en ville, ni à l'hôpital. Le sang tiré au malade, a présenté un phénomène assez rare, quoiqu'il ne soit pas sans analogue dans les fastes de la science : au sortir de la veine, il était très-liquide et comme couvert d'albumine ; il ne s'y forma ni couenne, ni cruor ; trois heures après il parut lactescent, ce qui fit porter un pronostic fâcheux.

La 18e *observation* mérite aussi de fixer notre attention.—Cas de fièvre quotidienne avec complication bilieuse : guérison prompte : survient ensuite une pleurésie et en même temps un gonflement érysipélateux de l'oreille droite qui se couvre bientôt de bulles et de phlyctènes : la face dorsale de la main droite se couvre aussi de bulles d'un bleu-foncé, sans auréole inflammatoire ; le malade succombe le troisième jour de l'apparition de cette éruption.—L'affection de l'oreille est considérée par l'auteur comme un érysipèle bulleux dépendant de l'état hypercholique des premières voies : quant à celle de la main, elle est d'une nature toute particulière que l'auteur ne saurait caractériser. Il y a eu ceci de remarquable, que les deux officiers de santé qui ont procédé à l'ouverture du cadavre, ont vu leurs mains se couvrir quelques jours après de bulles semblables en tout à celles qu'avait portées le malade ; mais ces bulles se sont bientôt desséchées.

19e *observation*. — Fièvre bilieuse inflammatoire avec forte congestion cérébrale, suivie de pleuro-pneumonie ; guérison à la suite d'une crise par la peau et les reins. — Ici s'est représentée de nouveau la contracture des

membres : les douches d'eau froide ont encore été très-efficaces ; la pleuro-pneumonie est considérée comme l'effet d'une métastase.

Le mois de *juin* s'est fait remarquer par des troubles fréquents dans les fonctions de l'appareil digestif, depuis le simple embarras gastrique jusqu'à la fièvre bilieuse : la raison en est dans les variations brusques de température, journées très-chaudes, soirées et nuits fraîches et même froides ; dans la diminution de la transpiration cutanée par le froid, d'où exagération de sécrétion dans toute l'étendue de la muqueuse, comme aussi dans le foie et le pancréas ; la raison en est enfin dans une oxigénation plus incomplète du sang pendant l'été, d'où une suractivité extraordinaire du foie pour débarrasser l'organisme de l'acide carbonique en excès.

22e *observation*. —Fièvre gastrique bilieuse avec péripneumonie et méningite consécutive ; épistaxis abondantes se reproduisant pendant trois jours de suite.—Guérison. — Les épistaxis ont avantageusement modifié la méningite. — L'acide muriatique oxigéné a été employé avec beaucoup de succès dans ce cas de gastrite intense où toute autre médication était intempestive : l'auteur recommande beaucoup les frictions mercurielles contre le météorisme abdominal.

Au mois de *juillet*, comme en juin, les affections bilieuses et gastriques sont prédominantes ; viennent ensuite les fièvres intermittentes, qui empruntent toutes quelque chose du *genius morborum epidemicus* et qui ne guérissent bien sous l'influence du spécifique que pour autant que les premières voies aient été nettoyées.—Le muriate de chinoïdine remplace le sulfate de quinine et conduit aux résultats les plus heureux.

23e *observation*. — Arachnoïdite, ramollissement du cerveau et de la moëlle épinière ; mort au dixième jour.—Nous retrouvons encore ici le signe pathognomonique du ramollissement, c'est-à-dire une douleur vive dans tous les membres ; l'auteur appelle l'attention de ses confrères sur un autre symptôme qui se manifeste souvent avant et pendant les maladies cérébrales et qui consiste dans un clignotement alternatif de l'un et l'autre œil.

24e *observation*. — Pleuro-pneumonie et probablement péricardite. — deux larges saignées, 16 sangsues et 15 gr. de calomel amenèrent en peu de temps un amendement notable. La péricardite n'est présumée que par l'extrême fréquence du pouls, la dyspnée remarquable et le siége de la douleur sous les fausses côtes, s'irradiant à l'épaule et au dos.

Au mois d'*août*, il a été impossible de déterminer quel était le génie morbide prédominant.

25e *observation*.—Fièvre rhumatismale compliquée d'un état nerveux ; pétéchies ;—crise par les poumons.—Mort.—Nous eussions volontiers pris ceci pour un cas de fièvre typhoïde avec pneumonie latente, si l'auteur n'avait eu soin de faire remarquer que les organes digestifs n'ont offert aucune trace d'altération morbide. Les symptômes de bronchite et les crachats purulents survenant au onzième jour sont pour M. Gobée les premiers éléments d'une crise qui n'a pu s'effectuer complétement. Il émet ici quelques considérations sur les crises : la peau, les reins, les glandes salivaires et le tissu cellulaire sont les parties les mieux disposées pour opérer des crises salutaires ; quant au cerveau, aux poumons et au canal digestif, ces organes sont trop importants pour que le processus critique puisse s'y faire

sans laisser quelque trace de modification organique. Ainsi, les ulcérations des follicules de Brunner et des glandes de Peyer dans la dothinentérite, ne sont que le résultat d'une crise par laquelle les forces vitales ont voulu éliminer le principe contagieux typhique : ces ulcérations ne constituent donc pas essentiellement la fièvre typhoïde, elles ne sont que la suite d'un effort critique. Quand on considère, dit l'auteur, que dans la diarrhée chronique et la dyssenterie qui portent souvent les désordres les plus graves dans le tube intestinal, il ne se manifeste jamais rien qui ressemble en quoi que ce soit aux symptômes de la dothinentérite, il doit être difficile d'admettre que la cause de cette maladie puisse se trouver dans l'inflammation des glandes de Brunner et de Peyer.

Il désapprouve hautement l'habitude consacrée dans presque tous les hôpitaux de couvrir nuit et jour de fomentations froides sur la tête des malades atteints de typhus; on gêne et empêche ainsi la crise par la peau et l'on dispose les poumons à se charger par voie d'antagonisme des fonctions de la peau, d'où congestion vers ces organes, sécrétion bronchique plus abondante, etc.

26e *observation.* — Cas de pleuro-pneumonie ; mort dans les 24 heures; épanchement séroso-sanguinolent, engouement pulmonaire et ramollissement rouge.—L'auteur rapporte ce cas pour faire voir avec quelle rapidité des désordres considérables peuvent s'effectuer dans les poumons ; il pense que l'art ne possède aucun moyen efficace pour détruire cet état particulier des poumons que l'on a désigné par les mots hépatisation et ramollissement rouge et que les antiphlogistiques sont peut-être plus nuisibles qu'utiles.

27e *observation.* — Rhumatisme chronique négligé.—Péricardite chronique.—Hypertrophie du cœur, gastro-entérite chronique.—Hydatide dans le ventricule gauche du cœur. Cas remarquable par les altérations graves révélées par l'autopsie et par l'intermittence des divers symptômes de l'affection du cœur.

28e *observation.* — Monomanie religieuse.—Guérison en quelques jours par des potions émétisées, l'huile de croton tiglium à l'intérieur et en frictions sur l'abdomen.

29e *observation.* — Otite rhumatismale, avec céphalalgie intense et état soporeux.—Guérison par le calomel à hautes doses.—L'auteur appelle encore l'attention sur l'exacerbation des douleurs pendant la nuit, parce qu'elle indique le caractère rhumatismal.

30e *observation.* — Otorrhée cérébrale.—Gonflement de l'apophyse mastoïde; vomissements.—Quand le malade regarde de l'œil gauche, tous les objets semblent tourner en rond ; quand il regarde de l'œil droit en couvrant le gauche, la vision est parfaite ;—insomnies, exacerbation des symptômes pendant la nuit.—Guérison par le calomel à hautes doses et un séton à la nuque.

En *septembre* les maladies observées présentent un caractère catarrho-rhumatismal bien prononcé, avec une forte tendance au caractère typhoïde.

Les *observations* 31, 32, 33, 34, 35 sont relatives à des cas de typhus qui ont tous été suivis de guérison. Le traitement a varié suivant les indications offertes par chaque malade; ainsi le calomel à haute dose, l'acide muriatique oxigéné, les potions émétisées, les toniques ont été mis à contribution avec succès.

L'auteur consacre ici une vingtaine de pages à l'exposé des diverses opinions qui ont été émises sur la nature du typhus et fait remarquer que les résultats cliniques sont loin d'être en rapport avec les théories brillantes conçues par une foule d'auteurs.

Il met en doute si la dothinentérite est un véritable typhus ou bien une fièvre intermittente larvée : il a, un grand nombre de fois et avec le meilleur résultat, administré le sulfate de quinine contre les exacerbations du soir, et cela en présence d'urines très-chargées et rouges, du délire, de la diarrhée, de la sensibilité et du météorisme du ventre; l'amélioration survenait comme par enchantement et la guérison était beaucoup plus prompte; il ne prétend pas qu'il en sera toujours de même, mais il croit que la dothinentérite disparaîtra un jour du cadre nosographique. Il s'étonne que les médecins français éclairés par leur thérapeutique si souvent inefficace contre cette maladie, n'aient point encore renoncé aux saignées, aux sangsues et au chlorure, pour s'engager dans une nouvelle voie. Tous disent que le typhus n'est qu'une dothinentérite, une inflammation des glandes de Brunner et de Peyer et ils la traitent par des moyens bien opposés; la manie de tout localiser les rend inaptes à observer sans aucune idée préconçue et leur conscience est parfaitement tranquille quand, après la mort, ils rencontrent soit l'injection de quelque vaisseau, soit une ulcération si petite qu'elle soit : vouloir leur démontrer que ces ulcérations pourraient bien être la suite et non pas la cause de la maladie, est une tâche qu'on entreprendrait en vain : toute la pathologie est pour eux dans l'anatomie pathologique. Ce jugement peut paraître sévère, Messieurs, mais il faut avouer qu'il renferme beaucoup de vrai.

M. Gobée expose ensuite le traitement qu'il oppose aux affections typhoïdes, traitement qui lui a donné les plus beaux résultats. — Dans la plupart des cas, une médecine expectante est tout ce qu'il y a de plus convenable; c'est surtout au début qu'il faut savoir s'abstenir de tout traitement énergique : une saignée trop forte ou intempestive, un purgatif drastique, ou un excitant quelconque donné dans le but d'amener une forte transpiration, peuvent jeter le malade au bord de la tombe. Particulièrement dans le typhus qui se manifeste avec une vive réaction dans la première période, il faut que le médecin ait l'œil bien exercé, un tact médical exquis pour ne faire ni trop, ni trop peu. On doit se mettre en garde contre les saignées, surtout quand dans la constitution médicale régnante, il y a tendance au caractère typhoïde : y a-t-il des congestions sanguines vers quelque organe, les sangsues sont souvent d'un très-bon usage; dans ce cas aussi la peau peut être utilisée à de nombreuses dérivations.

Le canal intestinal est ici un véritable *noli me tangere :* aussi doit-on, quand on emploie le calomel, qui a fourni d'excellents résultats, ne le donner qu'au commencement et ne pas insister longtems sur son emploi : s'il est efficace à fortes doses, il vaut peut-être encore mieux ne le donner qu'à doses fractionnées, par exemple de 6 à 12 grains dans les 24 heures. — Les bains tièdes avec affusion d'eau froide sont très-utiles.

Dans la plupart des cas, les malades atteints de typhus ne reçoivent pendant le premier septenaire qu'une décoction d'orge avec l'oxymel, des lavements émollients s'il y a constipation : pendant ce temps des sinapismes

sont promenés des pieds aux cuisses et *vice versâ*. Les saburres gastriques sont rarement combattus par des émétiques ou des purgatifs. Le vomitif peut avoir des avantages chez des individus âgés, phlegmatiques sur la tête et sous l'influence de certaines conditions épidémiques. Les fomentations froides, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, sont rarement employées ; quand il y a une forte diarrhée, on se trouve bien de l'administration de l'acide muriatique oxigéné. Il y a, dit l'auteur, dans chaque affection typhoïde une période où les excitants dits *nervins* sont bien supportés ; mais ceci n'arrivera que rarement avant le 10e jour. Ces moyens deviennent héroïques, alors que la chaleur et le délire tombent, que la peau est pâle et sèche, le pouls fréquent et petit, que des pétéchies bleuâtres démontrent que les urines sont d'un jaune-pâle, etc. On donnera comme pierre de touche, une infusion de valériane, sans se laisser arrêter par la sécheresse de la langue : on arrivera ainsi peu à peu et au bout de quelques jours, à pouvoir donner de la serpentaire ou de l'arnica. Quand dans le premier septenaire, il y a diarrhée, des urines briquetées, une langue large couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre, surtout quand le malade est plus agité la nuit, ou des deux nuits l'une, quand il délire plus fort que pendant le jour, M. Gobée fait donner avec le plus grand succès 12 ou 16 grains de sulfate de quinine, dont il diminue progressivement les doses, pour finir par des légers amers. Mais si cette médication ne produit pas un amendement notable au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, on revient à la médecine expectante et à l'acide muriatique oxigéné.

Durant les mois d'*octobre* et de *novembre* les maladies ont présenté un caractère rhumatismal bien évident ; il en a été de même pour le mois de *décembre*, à cela près cependant que les affections catarrhales ont été plus fréquentes que dans les deux premiers mois. — Voici les principaux cas fournis par ces trois mois.

36e *observation*. — Péritonite rhumatismale. — Vomissements violents, constipation pendant 9 jours. — Guérison à la suite d'urines critiques. — Les antiphlogistiques ont été employés localement, ainsi que l'huile de croton tiglium en frictions sur l'hypogastre : l'auteur dit avoir toujours vu réussir ce purgatif en friction sur la peau. — La prédominance du caractère rhumatismal, l'augmentation de la douleur pendant la nuit, l'ischurie, le déplacement fréquent de la douleur sont pour M. Gobée des motifs suffisants pour attribuer à la péritonite une cause rhumatismale.

Les *observations* 37, 38 et 39 sont relatives à trois cas d'érysipèle de la face avec irritation sympathique violente du cerveau et de ses membranes : les saignées tant générales que locales ont produit peu d'effet : l'amélioration a suivi de près l'administration du tartre émétique en potion (de 4 à 10 grains), à prendre par cuillerées de demi en demi-heure.

L'auteur recommande fortement ce traitement en ayant soin de tenir compte des contr'indications, comme alors que la langue est sèche et fendillée, et qu'il y a des selles fréquentes.

Sous les n° 40 et 41 sont relatées deux observations de typhus abdominal heureusement combattu par le traitement ordinairement institué par l'auteur ; elles ne nous apprennent rien de nouveau.

La 42e *observation* est intitulée : Fièvre apoplectique; trismus et convulsions ; arachnoïdite concomittante avec ramollissement; gastrite avec épanchement de sang veineux.—Mort.—Cette observation est remarquable par les désordres trouvés dans les centres nerveux ; la maladie n'a duré que 24 heures et ce terme suffit pour donner lieu à la formation de fausses membranes et au ramollissement du cerveau et de la moëlle épinière. L'auteur pense cependant que ces désordres ont dû préexister, quoiqu'il n'y ait eu aucun trouble de l'intelligence chez son malade : car, dit-il, il faut plus de 24 heures pour la formation de fausses membranes, pour la décoloration et le ramollissement de la substance grise : le malade se plaignait seulement depuis quelques jours d'une *grande faiblesse ;* or, cette faiblesse est pour M. Gobée un signe qui dénote déjà une altération profonde du centre cérébro-spinal.

Les *observations* 43, 44 et 45 sont relatives à des affections typhoïdes et n'ont d'autre but que de démontrer combien les symptômes les plus graves s'amendent quelquefois promptement après l'usage du sulfate de quinine. La 46e est un cas de typhus mitior; traitement, d'abord négatif, ensuite excitant et tonique.

47e *observation.* — Pleuro-pneumonie guérie par trois saignées, 18 grains de calomel associés à 4 grains d'opium et par un large vésicatoire. — Rien à remarquer.

La 48e *observation* présente un cas de varicelle, suivie bientôt de myélite. La cause est restée inappréciable. Est-ce une métastase de virus varioleux ou bien une cause rhumatismale? L'auteur ne saurait le dire, mais il penche vers la première opinion.

Ce qu'il importe de noter ici, c'est le ramollissement de la moëlle épinière en totalité, ramollissement porté à un tel point que la substance nerveuse était diffluente. L'auteur donne ici un conseil fort sage, c'est dans le cas de constipation opiniâtre chez les hystériques et les hypochondriaques, de ne point se borner à porter son attention seulement sur le tube intestinal et le grand sympathique, mais de le fixer aussi sur la moëlle épinière.

Les deux dernières observations sont encore relatives à deux cas de typhus qui ne nous ont rien offert de très-particulier.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur l'ensemble des malades traités par M. Gobée durant l'année 1838, nous trouverons que sur 1218, il y a eu 1135 guérison, 37 décès et 46 malades encore en traitement au 1er janvier 1839. La mortalité a été de 2 2/3 par cent et sur les 37 morts, 18 ont succombé à la phthisie pulmonaire ; la moitié ! !

Le travail qui termine le volume de notre confrère de Bois-le-Duc est intitulé : *L'Ophthalmie dans l'armée des Pays-Bas.* Ce travail est divisé en six chapitres. Le premier traite de l'organisation et de la structure de la conjonctive et du siége de l'ophthalmie; le deuxième donne la description de la maladie; le troisième est relatif au diagnostic ; le quatrième donne l'étiologie ; le cinquième est consacré à la thérapeutique et le sixième enfin expose la prophylaxie et les mesures de police médicale militaire les plus propres à prévenir le mal.

Quant au premier chapitre, l'auteur y adopte complétement les idées de Burkard Eble relativement à la structure de la conjonctive; il admet l'exis-

tence du corps papillaire et y place le siége de l'ophthalmie; il combat vigoureusement l'opinion de Jüngken qui fait jouer un double rôle à la conjonctive, la regardant comme une membrane séreuse dans l'état normal et comme de nature muqueuse à l'état pathologique. Au point où en est arrivée la science, dit M. Gobée, l'ophthalmie militaire n'est plus qu'une phlegmasie ordinaire de la muqueuse palpébrale et oculaire due à une cause catarrhale, phlegmasie qui n'atteint le bulbe que consécutivement et seulement dans les degrés les plus élevés du mal.

Passant ensuite à la description de la maladie, il admet qu'elle présente trois degrés bien distincts qui peuvent être suivis et décrits, mais qui souvent se succèdent rapidement dans les 24 h., depuis la simple rougeur de la conjonctive avec larmoiement, jusqu'au chémosis avec sécrétion purulente. Mais sous l'influence d'un traitement convenable, le troisième degré est bientôt ramené au deuxième et même au premier, car il est d'avis qu'aucune maladie ne peut être aussi promptement arrêtée dans les progrès que celle dont nous parlons.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description longue et détaillée qu'il fait de ces trois formes morbides d'une même affection, parce qu'elle ne nous a rien offert qui ne soit déjà mentionné chez les principaux ophthalmographes. Seulement nous ferons remarquer que M. Gobée regarde l'ophthalmie à son degré le plus élevé, comme contagieuse, non pas seulement par contact direct, mais encore à distance; c'est-à-dire que l'atmosphère des salles peut devenir le véhicule du principe contagieux.

Abordant le diagnostic, il critique les auteurs qui ont voulu faire de l'ophthalmie militaire une maladie spécifique se distinguant de toutes les autres affections oculaires par des signes caractéristiques. Une observation attentive au lit des malades démontre bientôt qu'il y a peu de vérité dans ces subtilités de diagnostic et qu'il est difficile de la distingner de l'ophthalmie catarrhale. Il aime à croire que Jüngken s'est exprimé métaphoriquement en la donnant pour une blennorrhée primitive, mais il pense qu'au XIXe siècle la métaphore doit être bannie du langage médical, surtout dans un manuel de chirurgie et d'ophthalmologie. Il reproduit ensuite le diagnostic différentiel donné par Rust pour reconnaître les ophthalmies catarrhale et militaire l'une de l'autre. Quant aux différences que Burkard Eble prétend exister entre les granulations de l'ophthalmie catarrhale et de celle dite *militaire,* elles sont tout à fait idéales. M. Gobée attribue les différences de forme, de couleur et de position des granulations à des circonstances fortuites et à des dispositions individuelles; elles ne peuvent donc servir à établir un diagnostic différentiel; d'ailleurs, ce qui éloigne toute idée de spécificité, c'est qu'on les rencontre aussi dans la pratique civile. L'auteur appelle enfin l'attention sur l'allongement et le relâchement que subit la conjonctive après avoir été atteinte à un haut degré; ce relâchement et cet allongement sont tels qu'on peut facilement établir un ectropion artificiel en renversant fortement les paupières. Cet état persiste très-longtemps, et ce qu'il y a de mieux pour le combattre, c'est l'éloignement de l'hôpital et les lotions avec l'eau froide.

Dans le chapitre consacré à l'étiologie de la maladie, sont rapportées les diverses causes qui lui ont successivement été assignées par les différents

ophthalmographes : après avoir fait remarquer qu'aucune des nombreuses opinions émises à ce sujet ne saurait être exclusivement adoptée, l'auteur pense qu'il en est ici comme de beaucoup d'autres affections, savoir qu'il faut pour produire l'ophthalmie catarrhale militaire, la réunion, l'ensemble de plusieurs causes dont l'effet reste inappréciable tant qu'elles agissent isolément.

Dans le cinquième chapitre, il expose le traitement applicable à chaque degré de la maladie. — Traitement pour le premier degré. — C'est celui de l'ophthalmie catarrhale simple : ainsi pendant les premiers jours, lotions avec l'eau de pluie ou un collyre composé d'eau de pluie ℥iv.—Acét. plumb. liq. ℈j—ʒ gr. Au bout de 5 ou 8 jours, les malades peuvent ordinairement sortir de l'hôpital. —S'ils sont d'une constitution scrofuleuse, il y a épiphora abondant et photophobie. — Le collyre de Rust contre la photophobie rend ici de grands services, et se compose d'eau de roses ℥iv et de borax ʒ s.-ʒj. — L'eau de laurier-cerise est surtout recommandable à la dose de ʒi-ʒij dans quelques onces d'eau; contre les exacerbations nocturnes, l'auteur donne avec succès le sulfate de quinine associé à l'opium, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut. Les vésicatoires à la nuque ou derrière les oreilles lui ont rarement réussi : il a employé aussi très-souvent, mais sans succès, la morphine administrée endermiquement. — L'obscurité dans laquelle beaucoup de praticiens plongent les malades atteints d'ophthalmie catarrhale ou scrofuleuse ne fait qu'entretenir la photophobie et est souvent plus nuisible qu'utile. — L'introduction du laudanum, soit par gouttes, soit à l'aide du pinceau, est un moyen qu'on ne doit employer qu'avec les plus grandes précautions. La saignée et les sangsues ne sont indiquées que lorsque le sujet est pléthorique, qu'il y a une forte réaction ou lors du passage de l'ophthalmie au deuxième degré. Il est convaincu que dans les trois degrés de cette maladie, les sangsues sont inutiles 99 fois sur 100, et que les mots à l'ordre du jour *ubi dolor ibi hirudines* doivent trouver ici moins que partout ailleurs leur application.—En passant, l'auteur réfute l'assertion de Velpeau qui prétend qu'il y a toujours kératite alors qu'il y a photophobie.

S'il se forme des granulations, il touche immédiatement la conjonctive des paupières supérieure et inférieure avec du nitrate d'argent taillé en pointe : il ne laboure pas la conjonctive, il ne fait que la pointiller, ce qui lui paraît plus sûr et moins douloureux. Après l'attouchement, on promène sur la conjonctive un pinceau imbibé de lait pour entraîner le nitrate dissous : cette opération est ensuite répétée tous les 3 ou 4 jours jusqu'à disparition des granulations. — Si l'ophthalmie est passée à l'état chronique avec développement considérable du corps papillaire, il emploie la pommade suivante : —Lapid. infernalis gr. iij-vj-x. — Acet. plumb. gr. v — Axung. porc. ʒj. — Dans cette forme, il n'emploie que très-rarement les collyres liquides.

Au deuxième degré, quand il y a chémosis, il faut instituer un traitement énergique si l'on veut prévenir la blennorrhée. L'auteur avoue que pendant un certain nombres d'années il a eu recours, comme beaucoup d'autres praticiens, aux antiphlogistiques, comme saignées, artériotomie, sangsues en grand nombre, calomel avec le jalap, etc., l'expérience lui a appris que ces moyens étaient inefficaces et favorisaient bien souvent l'apparition de la

blennorrhée. Alors il a suivi l'exemple d'un de ses collègues, le docteur Kerst, qui depuis 1836, cautérisait largement la conjonctive malade : le succès ne se fit pas attendre. Mais ici il faut encore combattre la douleur nocturne qui ramène sans cesse l'irritation : les pédiluves, la poudre de Dower, l'onguent napolitain avec l'opium ou l'extrait de belladone sont insuffisants ; il faut donner le sulfate de quinine. Si le gonflement de la conjonctive est encore considérable le troisième jour, il faut répéter les attouchements avec le nitrate d'argent tous les jours. Au bout de trois à quatre jours le chémosis a disparu et il ne reste plus qu'un gonflement circulaire autour de la cornée, qui doit disparaître lentement et qu'on ne combat par les scarifications, l'excision ou la cautérisation qu'au préjudice du bulbe oculaire : l'instillation d'une solution de deuto-chlorure de mercure est ici ce qu'il y a de mieux. C'est le moment aussi où l'on emploie souvent avec succès le vésicatoire à la nuque et les frictions d'onguent napolitain opiacé sur le front.

Au troisième degré, une saignée de 12 à 18 onces est presque toujours indiquée pour prévenir la kératite et l'iritis ou les amender si déjà elles existent : on la répète selon les circonstances ; on passe un lavement purgatif et l'on donne le sulfate de quinine avec l'opium. Le gonflement des paupières et la photophobie empêchent-ils de voir le bulbe, il faut s'abstenir de tous moyens locaux, même de la pierre infernale, parce que s'il y a déjà ophthalmie interne, ces moyens ne font qu'agraver le mal. Y a-t-il possibilité d'écarter les paupières et aperçoit-on un point noir et brillant, la cornée, il faut toucher la conjonctive comme il a été dit, et au bout de quelques heures il y a déjà une amélioration notable. — En présence d'une ophthalmie interne, l'auteur se borne à des lotions avec l'eau froide, aux bains de pieds, aux lavements purgatifs et au sulfate de quinine. On perd, dit-il, un temps précieux dans l'administration du calomel qui ne peut rien contre les douleurs nocturnes si dangereuses pour le bulbe oculaire. — La cautérisation est répétée le deuxième et le troisième jour : les deux premiers jours elle est faite deux fois dans la journée ; le troisième jour, une seule fois seulement ; on continue aussi longtemps qu'il y a gonflement des paupières, impossibilité de les ouvrir et secrétion purulente. — Une précaution indispensable est de séringuer l'œil malade tous les quart-d'heure, afin d'entraîner la matière puriforme ; on évitera ainsi bien des ulcérations de la cornée.

Depuis le premier janvier 1838 jusqu'au premier janvier 1839, 360 ophthalmistes ont été traités par M. Gobée : 68 étaient atteints au deuxième et troisième degrés (chémosis et blennorrhée) ; 333 ont été parfaitement guéris ; 17 restaient en traitement ; 8 ont été renvoyés du service, presque tous porteurs de staphylômes partiels ou complets.

Quant à la prophylaxie du mal, il y a des mesures à prendre : 1° par les médecins militaires ; 2° par les officiers commandant les corps ; 3° par les administrations communales. — Les officiers de santé doivent faire toutes les semaines une visite minutieuse des yeux, envoyer immédiatement à l'hôpital les soldats dont la conjonctive présente quelque rougeur ou quelque gonflement ; attendre la signature du billet d'hôpital par l'officier commandant

le corps, c'est s'exposer à perdre un temps précieux ; les malades doivent être reçus sur un simple billet délivré par le médecin.

Les officiers des corps doivent surveiller la stricte exécution des réglements existants ; il importe surtout de ne pas perdre de vue les promenades militaires trop longues de cinq ou six heures du matin à dix ou onze heures; comme aussi les exercices du printemps qui se font de six à dix heures, et pendant lesquels le soldat ne consomme autre chose que du genièvre. Aux administrations locales incombe tout ce qui concerne la salubrité des casernes; c'est à elles de fournir aux défenseurs de la patrie des casernes spacieuses, bien aérées, bien ventilées, etc.

Nous venons, Messieurs, de vous présenter une analyse assez détaillée, et cependant encore fort imparfaite de l'intéressant travail de M. Gobée : en procédant à cette analyse, nous nous sommes convaincus que l'auteur a produit un ouvrage consciencieux, d'une véritable importance pratique et renfermant plus d'un enseignement précieux. Toutes ses observations nous ont paru bien choisies, relatées avec soin et exposées avec ces détails minutieux auxquels l'esprit d'observation seul sait donner une véritable valeur : presque toutes ont pour objet des maladies graves qui pour la plupart, ont été combattues avec succès ; non-seulement l'auteur s'est montré thérapeutiste habile, mais dans les réflexions dont il a accompagné un grand nombre de ses observations, il a fréquemment fait preuve d'une saine et haute philosophie médicale.

Bien que son travail sur l'ophthalmie militaire ne puisse pas être considéré comme un traité complet et *exprofesso* sur cette matière, il n'en constitue pas moins un ouvrage intéressant et utile, parce qu'il résume d'une manière assez satisfaisante l'état actuel de nos connaissances sur la nature, l'étiologie et le traitement de cette maladie et que ce travail, tel qu'il est, fécond en instructions pratiques, pourra toujours être consulté avec fruit par les médecins militaires encore au début de leur carrière, qui y trouveront formulés avec clarté des préceptes pleins de sagesse et à la hauteur de la science.

Pour nous résumer, nous dirons que l'ouvrage que vous nous avez donné à examiner est celui d'un excellent praticien, d'un observateur éclairé, d'un médecin instruit et plein de mérite, dont on ne saurait que louer le zèle et le savoir ; en conséquence, nous vous proposons, Messieurs, de le remercier de son envoi et de l'inscrire au nombre des membres correspondants de la Société.

Bruxelles, 6 septembre 1841.

Société des Sciences médicales et naturelles de Malines.

PÉRICARDITE AIGUE, MORT, NÉCROSCOPIE;

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DE CETTE AFFECTION:

Par le docteur BULCKENS, secrétaire de la Société.

Si le diagnostic des affections thoraciques a été puissamment facilité par les progrès constants de la méthode d'auscultation et de percussion; si grâce aux recherches et aux travaux incessants de quelques observateurs distingués, on n'est plus obligé de revenir si souvent à la divination de Laënnec; il n'en est pas moins vrai que l'histoire de certaines affections du cœur laisse encore beaucoup à désirer. De ce nombre est, sans contredit, la péricardite, affection rare et qu'il est d'autant plus difficile de reconnaître, qu'elle se trouve d'après Corvisart toujours jointe à la pleurésie, à la péripneumonie ou à d'autres affections de poitrine, qui masquent ses symptômes.

En effet, la péricardite s'annonce parfois d'une manière effrayante, d'autres fois elle est latente ou présente des phénomènes obscurs et l'on est surpris de rencontrer à l'autopsie des altérations graves du péricarde et *vice versâ*. Cette variabilité de phénomènes morbides auxquels donne lieu l'inflammation aiguë ou chronique de l'enveloppe du cœur paraît selon Andral dépendre du trouble sympathique ressenti soit par le cœur, soit par d'autres organes.

De la diversité sur l'ensemble des symptômes est nécessairement résultée une divergence d'opinions, qui, à son tour, a augmenté la difficulté de reconnaître la péricardite dès son début. Aussi nous semble-t-il que cet état de choses doit engager tout praticien, qui rencontre des cas de cette espèce, à les faire connaître, afin de faciliter le diagnostic ou au moins de donner des éclaircissements sur la manière d'être de cette affection; car nonobstant l'heureux résultat des recherches de M. Louis, des observations ultérieures doivent venir compléter la description générale de la péricardite. Ces considérations, Messieurs, m'ont fait soumettre à votre examen l'observation suivante, qui malgré sa date reculée offre néanmoins de l'intérêt sous plusieurs rapports.

Demartelaere, soldat du bataillon de l'Escaut, âgé de 31 ans, cheveux

noirs, teint pâle de la face, constitution d'apparence forte, mais minée par les fièvres intermittentes, après avoir été exposé au froid, ressentit quelques mouvements fébriles, suivis d'une douleur lancinante sous l'aisselle droite et de dyspnée. Ces phénomènes avaient pris une marche progressive pendant quatre jours, lorsque, sans avoir subi de traitement, il fut envoyé à l'hôpital militaire d'Anvers le 8 novembre 1839 au soir.

Le 9 à la visite du matin, décubitus dorsal, facies animé, dyspnée, douleur pongitive fixe sous l'épaule droite, s'exaspérant par la pression et par les mouvements respiratoires, toux modérée, expectoration de quelques crachats écumeux, résonnance et respiration vésiculaire dans toute l'étendue de la poitrine; battements du cœur et pouls réguliers, forts et fréquents; langue sèche, soif vive, constipation; peau chaude et halitueuse; toutes les autres fonctions n'offraient rien d'anormal.

Saignée de 14 onces. — Lavements émollients. — Diète absolue. — Boissons adoucissantes. La saignée fut répétée le soir. Les caillots des deux saignées étaient rétractés, très-couenneux; la sérosité trouble.

Le 10, persistence des symptômes observés; point pleurétique moins vif, selle. Le malade fut encore saigné matin et soir. — Même aspect du sang que la veille.

Le 11, coucher en supination, accablement considérable, céphalalgie frontale, anxiété, douleur légère, vague, s'irradiant dans la poitrine et n'augmentant ni par la pression ni par l'acte respiratoire; toux et expectoration, pour ainsi dire, nulles; sonoréité faible du côté droit, matité assez étendue à la région précordiale; respiration difficile sans râle; pulsations du cœur irrégulières, fréquentes mais faibles; le pouls résistant offre l'irrégularité du cœur. Cet ensemble de symptômes fut rapporté à l'existence d'une inflammation du péricarde. On fit appliquer cinq ventouses scarifiées à la région du cœur et deux vésicatoires camphrés aux cuisses. — Diète absolue.

Le 12, délire pendant la nuit, décubitus latéral gauche, physionomie très-altérée; matité précordiale occupant une surface plus étendue, battements du cœur toujours irréguliers, bruit de souffle; pouls irrégulièrement intermittent, fuyant sous la pression; même état du reste. Sangsues 16 à la région du cœur; on entretient l'écoulement sanguin pendant plusieurs heures.

Le 13, délire continu, jactitation, anxiété extrême, dyspnée croissante; face livide et grippée, parole difficile; voussure de la région du cœur; matité depuis le niveau de la deuxième côte jusqu'au dessous du sternum et depuis le sein gauche jusqu'au côté droit, irrégularité et obscurité des battements du cœur, bruit de souffle très-manifeste; respiration difficile, tubaire du côté droit, normale du côté gauche, en arrière et en haut, point de toux ni d'expectoration; pouls irrégulier facilement dépressible. — 4 ventouses scarifiées à la région précordiale. — Le soir, large vésicatoire à la même région.

Le jour suivant exaspération des phénomènes observés la veille. On fait vainement suppurer les vésicatoires; l'oppression augmente, le délire continue, quelques mouvements nerveux des membres viennent encore s'ajouter

à cette réunion de symptômes graves et le malade après une agonie de quelques heures succombe le 16 novembre au soir.

Autopsie faite 15 heures après la mort.

Crâne.—Le cerveau et ses membranes ne présentaient aucune altération.

Poitrine.— Fortes adhérences organisées entre les plèvres et le péricarde. L'enveloppe du cœur, amplement distendue, occupait une grande partie de la cavité thoracique et notamment tout le côté gauche; l'ouverture de la poche fibreuse donna issue à plus d'un litre de sérosité trouble, dans laquelle nageaient quelques flocons purulents; les parois du péricarde étaient épaissies, recouvertes de fausses membranes très-adhérentes entre elles; la tunique séreuse qui tapisse la face interne du péricarde, se réfléchit sur les gros vaisseaux et enveloppe le cœur, était rouge et recouverte dans toute son étendue par une fausse membrane, offrant des proéminences miliaires. rouges, nombreuses, égales entre elles et d'un aspect mamelonnée, semblables en un mot à celles que Corvisart et Laënnec ont reconnues comme propres à l'inflammation du péricarde.

Le cœur plus volumineux que dans l'état normal nageait libre au milieu de la sérosité contenue dans la poche fibreuse; son tissu musculaire était ramolli, pâle, les parois du ventricule gauche médiocrement hypertrophiées, les cavités du cœur contenaient des caillots fibreux blanchâtres.

Une petite quantité de sérosité purulente se trouvait dans les cavités pleurales ; les plèvres diaphragmatiques et celle du poumon droit étaient recouvertes par des couches de fausses membranes très-épaisses, superposées les unes aux autres. Cette désorganisation s'étendait dans toute la cavité thoracique droite. Le poumon droit totalement hépatisé à l'état rouge, était très-friable et offrait déjà quelques points purulents. La plèvre et le tissu pulmonaire gauches étaient sains et refoulés en haut par le grand volume du péricarde.

Abdomen. — Le foie et la rate très-volumineux refoulaient le diaphragme dans la poitrine ; l'appareil digestif et les autres organes abdominaux n'offraient rien de remarquable,

Telle est, Messieurs, la teneur d'une observation de péricardite aiguë, compliquée de pleuro-pneumonie, que j'ai recueillie et consignée dans mes notes; essayons aujourd'hui d'en faire ressortir les points qui nous paraissent les plus importants.

La péricardite a-t-elle été déterminée par la même influence frigorifique que la pleurésie, ou doit-elle être attribuée à l'extension de l'inflammation de la plèvre au sac fibreux du cœur? On devrait, pensons-nous, admettre la seconde partie de la question, puisque la douleur plévrale a signalé le début de l'affection, qu'elle seule a persisté pendant plusieurs jours et que seulement le septième jour de la maladie, il s'est manifesté des phénomènes vagues de péricardite. En examinant la marche qu'a suivie cette affection, nous voyons une pleurésie dont les symptômes franchement inflammatoires paraissent avoir cédé à quatre saignées pratiquées à court intervalle, être suivie de phénomènes vagues de péricardite. Ceux-ci prennent bientôt un caractère pathognomonique et effacent complétement les progrès du travail

morbide qui se fait dans les plèvres et le poumon droit. Une pleuro-pneumonie très-aiguë a donc été masquée par une inflammation consécutive du péricarde, tandis qu'il conste de l'observation de nos devanciers, que cette dernière phlegmasie est toujours obscurcie par les phénomènes de la pleurésie ou de la pneumonie concomittente. Et comme le pronostic de cette affection, semble surtout favorable lorsqu'elle est exempte de complication, on ne peut cependant trop se prévaloir d'une issue heureuse, puisque la péricardite, comme nous venons de le voir, peut exister avec des complications latentes et graves.

Les premiers symptômes de l'inflammation du sac fibreux du cœur furent vagues, néanmoins il nous ont suffi pour en reconnaître l'existence et suivre les progrès de la maladie. Les douleurs précordiales qui ordinairement donnent l'éveil de la péricardite n'ont pas existé dans ce cas; leur absence ne pouvait-elle pas être attribuée à la désorganisation qui se faisait sourdement dans les plèvres et le poumon droit? Les autres symptômes locaux tels que la voussure et la matité de la région précordiale, les battements irréguliers et faibles du cœur, joints à la dyspnée, à l'anxiété, à l'intermittence irrégulière du pouls sont venus confirmer notre diagnostic. La croissance en étendue de la matité du cœur et l'affaissement du pouls, qui a conservé cette modification jusqu'à la mort, nous ont fait reconnaître et suivre les progrès de l'épanchement.

Si je ne mentionne pas le bruit de souffle parmi les signes caractéristiques de la péricardite, c'est que sa valeur séméiologique peut ici comme dans plusieurs cas, être mise en doute. En effet, d'après les expériences faites, il paraîtrait que ce phénomène doive être attribué à l'insuffisance du sang. Et si nous nous rappelons, qu'il n'a été observé et n'est devenu manifeste chez notre malade que lorsqu'il avait subi de fortes pertes de sang, et que dans le cœur nous n'avons trouvé aucune altération capable d'expliquer la production de ce bruit, on serait aussi porté à admettre avec M. Simon que le bruit de souffle du cœur est l'expression de la diminution de la masse sanguine et par conséquent de la vitesse augmentée de la circulation. J'ai cru devoir faire mention de cette particularité, parce qu'il est des auteurs qui prétendent, par ce seul signe et à défaut d'autres, reconnaître l'existence d'une péricardite; tandis que ce phénomène existe dans des états morbides dissemblables et se lie le plus souvent aux conditions de l'hématose déterminées par le traitement. C'est ainsi que j'ai eu occasion de le constater chez des malades après de copieuses émissions sanguines et chez des individus qui offraient un état anémique bien caractérisé.

Malines, le 4 septembre 1841.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

La série de phénomènes morbides que Demartelaere a présentée dans le cours de la maladie, à laquelle il a succombé, nous semble devoir être rapportée à l'existence d'une péricardite aiguë. Certes il n'est pas toujours facile de reconnaître la péricardite, puisque des auteurs célèbres prétendent qu'après avoir observé sur le vivant tous les phénomènes de l'inflammation du péricarde, ils n'ont trouvé aucune trace de cette maladie à l'ouverture du cadavre. L'obscurité du diagnostic paraît aussi dépendre de la complication de l'inflammation des organes voisins, car d'après l'expérience on y trouve réunis la plupart des signes de la pleurésie et de la péripneumonie. D'après ces considérations il serait certainement à désirer que tout praticien donnât le résultat de ces observations pendant le cours et durant le traitement de cette maladie grave.

Nous croyons que si les symptômes de la péricardite étaient reconnus dès le principe, un traitement rationel pourrait être institué, le pronostic deviendrait moins fâcheux et la sentence de Corvisart perdrait son importance. Ce auteur prétend que la péricardite chronique, en général, conduit à une mort lente et que l'aiguë conduit à une mort rapide et certaine.

Les ravages trouvés à l'ouverture du cadavre de notre sujet, nous fait présumer que, nonobstant le traitement antiphlogistique bien appliqué, la mort devrait être la terminaison de la maladie.

Aux questions posées par l'auteur ; la péricardite a-t-elle été déterminée par la même influence frigorifique que la pleurésie ? ou doit-elle être attribuée à l'extension de l'inflammation de la plèvre ou sac fibreux du cœur ?

Nous répondrons que nous partageons son opinion, puisque les symptômes graduellement suivis, en fournissent la preuve ; tous les signes, depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin, nous paraissent avoir été trop distinctement constatés pour en douter.

C'est avec raison que le bruit de souffle n'est pas mentionné comme symptôme caractéristique, il n'a été apperçu qu'après de fortes évacuations sanguines, comme on l'observe dans l'état anémique des personnes affaiblies par des hémorrhagies anormales.

Votre Commission unanimement d'accord sur l'intérêt et la rareté de l'observation présentée par M. Bulckens, vous propose de l'insérer dans les Annales de la Société.

(1) MM Cornelius, Denis, *commissaires*, Hendrickx, *rapporteur*.

OBSERVATIONS

D'OTORRHÉE CÉRÉBRALE;

Présentées par M. le docteur GOOSSENS, membre correspondant.

Depuis que le professeur Albers, de Bonn, a publié ses Recherches sur l'otorrhée cérébrale, l'attention a été appelée de nouveau sur cette question intéressante, et quoique déjà Morgagni s'en soit occupé, que plus tard le professeur Lallemand et surtout M. Itard en aient fait l'objet d'une étude spéciale, nous ne croyons pas ce point tellement connu qu'il puisse désormais être négligé; c'est ce qui nous engage à ne pas laisser dans l'oubli un cas d'otite avec abcès dans le cerveau, qui s'est présenté à notre observation et qui ne nous paraît pas dénué d'intérêt pour la science.

Demaerschalck Jacques, sergent à la 6e compagnie des sapeurs-mineurs, âgé de 25 ans, d'une belle constitution quoique un peu lymphatique, avait reçu, à l'âge de 10 ans, derrière l'oreille droite, un coup violent d'où était résultée une plaie qui avait longtemps tardé à guérir et pour laquelle des moyens très-énergiques, et entr'autres le cautère actuel, avaient été employés. Ce commémoratif joint aux cicatrices très-enfoncées et adhérentes à l'os, qu'il avait conservées, nous portèrent à penser qu'il y avait eu carie à l'apophyse mastoïde. Quoiqu'il se crût entièrement guéri de son accident, cet homme avait cependant toujours ressenti, depuis, une douleur profonde dans le côté droit de la tête, qui s'exaspérait de temps en temps; il était en outre d'un caractère sombre et morose et présentait quelque chose de hagard dans les yeux. Fut-il dès-lors affecté d'un écoulement purulent par l'oreille, rien parmi les renseignements obtenus sur son compte ne nous autorise à le croire; quoi qu'il en soit, il entra à l'hôpital militaire d'Anvers le 14 du mois d'août 1839, se plaignant d'une plus forte douleur dans le côté droit de la tête avec fièvre intense, yeux étincellants, face animée et bientôt agitation, délire, enfin tous les symptômes d'une encéphalite bien caractérisée. A son entrée, l'oreille du côté droit ne présentait aucun écoulement. Attaquée vigoureusement par plusieurs saignées générales et locales, par des révulsifs sur le rectum et les membres inférieurs, puis par une application de plusieurs moxas à la nuque, et l'usage du calomel à l'intérieur, la maladie s'amenda d'abord, mais elle ne tarda pas à se réveiller et à faire de nouveaux progrès, et le 18, tout le côté gauche du corps était paralysé, il survint un coma profond, et le malade succomba le 20 août, six jours après son entrée à l'hôpital. Dans les derniers jours un écoulement purulent extrêmement fétide s'était montré par le conduit auditif du côté droit; il est encore à remarquer qu'alors, même pendant l'état comateux, la face du malade était fortement et obstinément portée du même côté.

Autopsie cadavérique. — Les téguments du crâne, ainsi que les sinus de la dure-mère laissent échapper une grande quantité de sang. La dure-

mère enlevée, le cerveau en entier, mais surtout l'hémisphère droit paraissent tuméfiés, les circonvolutions sont fortement rapprochées et présentent une surface applatie et luisante, qui témoigne manifestement de la compression de ces parties dans la boîte crânienne, ce qui, sans aucun doute, fut cause de l'état comateux que le malade a présenté vers la fin. L'arachnoïde et la pie-mère s'enlèvent facilement et ne présentent qu'une injection vasculaire assez prononcée.

A peine avions nous entamé l'hémisphère droit, que nous nous disposions à diviser par couches, que nous tombâmes dans un vaste abcès, plus volumineux qu'un œuf d'oie, contenant une pulpe d'un noir-verdâtre, d'une odeur très-fétide, et occupant les deux tiers postérieur et moyen de l'hémisphère; le ventricule latéral de ce côté y parut fondu et le corps des couches optiques, ainsi que le corps strié furent découverts à la base de l'abcès, couverts d'une couche de détritus qui en formait la paroi inférieure. La substance cérébrale qui environnait le kyste, présentait un pointillé rouge assez notable, mais nulle trace de ramollissement.

La dure-mère à ses points de contact avec le trou auditif interne offrait une plaque noir-verdâtre, épaissie, et était baignée par le pus qui réfluait de l'oreille interne. Le rocher présentait à l'intérieur des traces de carie et était rempli de pus, mais il n'y avait évidemment aucune communication directe entre ce foyer et l'abcès enkysté du cerveau.

L'hémisphère gauche ainsi que le cervelet, hors quelques traces de congestion, furent trouvés à l'état normal.

Nous laissons de côté le reste de l'autopsie comme étant ici sans intérêt.

Chez ce malade on trouvera, ce nous semble, la cause première de tous les accidents dans le choc reçu par lui derrière l'oreille droite dans sa jeunesse; qu'une pareille violence ait eu pour suite la carie de l'apophyse mastoïde et plus tard de l'os pétreux, nous n'y voyons rien d'étonnant surtout chez un sujet d'une constitution lymphatique.

D'un autre côté les céphalalgies, qui dès-lors s'étaient renouvelées si souvent dans la même région de la tête font croire que le travail morbide dont l'abcès enkysté trouvé à l'autopsie a été la suite, date aussi de cette époque; or, comme il n'existait aucune communication directe entre le foyer de l'hémisphère cérébral et celui de l'oreille interne, il nous paraît évident que chacune de ces deux affections produites par la même cause, a marché d'une manière isolée, mais non sans exercer quelqu'influence l'une sur l'autre.

L'opinion de Morgagni, reproduite dans ces derniers temps par M. Bricheteau, que dans l'affection dont il est ici question, la phlegmasie commence toujours par l'oreille, et que c'est cet organe qui fournit le pus qu'on rencontre alors dans le cerveau, ne se trouve pas confirmée dans ce cas, qui selon nous, doit être rangé parmi ceux dans lesquels, suivant la classification du professeur Albers, l'inflammation commence simultanément dans l'oreille et le cerveau.

Le développement d'un vaste abcès dans l'intérieur d'un hémisphère cérébral sans lésion de motilité, abcès qui, selon toute apparence, existait déjà longtemps avant la mort, est sans doute un fait très-remarquable, cependant ces cas ne sont pas rares dans la science, et nous en trouvons

l'explication, dans la manière lente et progressive dont cette lésion s'est développée, de sorte que le cerveau a pu s'y habituer insensiblement.

Nous avons vu que pendant les deux derniers jours seulement ce malade a eu les membres du côté gauche paralysés; il est très-probable que l'engorgement de l'hémisphère malade autour de l'abcès avait fait alors trop de progrès pour laisser intactes dorénavant les fonctions des corps des couches optiques et du corps strié. A mesure que l'engorgement devint général dans les deux hémisphères, le coma devint en même temps plus profond et le malade succomba.

Nous avons observé un cas analogue dans le courant de 1836, dans le service de M. Récamier à l'Hôtel-Dieu à Paris. Une femme d'un âge assez avancé fut apportée à l'hôpital affectée d'hémiplégie et dans un état comateux, symptômes qui d'après le rapport des parents qui l'avaient accompagnée, s'étaient déclarés brusquement la veille avec perte de connaissance à la manière d'un coup de sang. Elle succomba au bout de deux jours et l'on trouva l'hémisphère cérébral opposé au côté paralysé, transformé en un abcès de même nature et grandeur que chez notre malade.

Un second exemple d'otite cérébrale nous est fourni par Drabbe, Louis, matelot, d'une forte constitution et bien conformé, âgé de 26 ans, qui entra à l'hôpital vers le même temps, le 22 août pour une otite du côté droit avec écoulement purulent, laquelle s'était déclarée depuis peu de jours selon son dire. Comme ce malade ne présentait aucun symptôme grave, on se borna à faire une saignée générale et à appliquer en trois différentes reprises, vingt-six sangsues derrière l'oreille malade; mais un coma profond se manifesta tout à coup, le 30 au matin et il succomba deux heures après la visite.

A l'autopsie on trouva l'os pétreux carié à l'intérieur et rempli de pus qui fusait à travers une ouverture de la dure-mère, altérée, épaissie, vers le lobe correspondant du cervelet, dont une partie de la grosseur d'une noisette était ramollie et macérée dans ce fluide, et contenait dans son centre un petit noyau d'épanchement sanguin capillaire ou ramollissement rouge.

Je n'ai vu ce malade, qui avait été placé dans une salle de chirurgie, que quelques heures avant sa mort et il m'a été impossible d'avoir d'autres renseignements sur son compte; cependant les altérations cadavériques observées portent à croire que chez lui l'inflammation a commencé dans l'oreille interne, et qu'elle ne s'est propagée à la dure-mère et ensuite au cervelet, qu'après avoir altéré la paroi osseuse correspondante. L'épanchement sanguin peu considérable trouvé dans le cervelet aura été la suite de l'extension de l'inflammation et de l'abord du pus venant de l'oreille; tandis que le coma et la mort qui s'en est suivie ont été le résultat d'une congestion brusque de sang vers le cerveau. Ainsi ce cas, entièrement selon les idées de Morgagni se place encore dans la classification du professeur Albers, parmi ceux, où l'affection cérébrale est consécutive à l'affection de l'oreille.

Rapport sur l'observation qui précède (1).

Messieurs,

M. le docteur Goossens vous a présenté un mémoire intitulé : Observations d'otorrhée cérébrale, que vous avez soumis à notre examen, nous venons aujourd'hui nous acquitter de la tâche qui nous a été imposée.

Après avoir fait ressortir l'intérêt qu'offrent les maladies de l'organe de l'ouïe, l'auteur fait la description d'un sujet lymphatique, qui à la suite d'un coup reçu sur l'oreille droite, à l'âge de 10 ans, fut pendant quinze ans en proie à des douleurs de tête; ces douleurs s'étant exaspérées, une encéphalite survient et emporte le malade au bout de quelques jours. La nécroscopie fit découvrir, outre les signes d'une congestion cérébrale, une désorganisation très-étendue, un vaste abcès enkysté dans l'hémisphère droite et une carie du rocher. M. Goossens pense que la violence du coup reçu dans la jeunesse a pu produire, surtout chez un lymphatique, d'abord la carie de l'apophyse mastoïde et plus tard celle de l'os pétreux, que l'abcès du cerveau s'est développé d'une manière lente et progressive; ces altérations ayant, selon lui, marché isolément, il rapporte l'affection à celles où l'inflammation commence simultanément dans l'oreille et dans le cerveau. L'auteur cite ensuite brièvement deux autres cas d'otorrhée cérébrale suivis d'autopsie, qui avec la première observation semblent venir confirmer la justesse des classifications admises par le docteur Albers de Bonn. Dans ces classifications, comme vous le savez, Messieurs, le professeur allemand s'est basé sur le point de départ de la suppuration, il a établi des otorrhées cérébrales primitives, où la suppuration se propage du cerveau à l'oreille; des otorrhées cérébrales consécutives où la suppuration se propage de l'oreille au cerveau, enfin des otorrhées cérébrales mixtes, où les deux organes sont en même temps malades et où il devient impossible d'indiquer avec certitude l'organe primitivement affecté. Sous ces trois rapports la maladie dont nous nous entretenons devrait être considérée comme très-grave et souvent au-dessus des ressources de la médecine; mais heureusement il n'en est pas toujours ainsi, car la purulence de l'oreille ne doit pas toujours être attribuée à une lésion matérielle et circonscrite soit de l'oreille interne ou externe, soit du cerveau ou des méninges; il existe même des otorrhées qui loin d'offrir un caractère de gravité, sont bénignes, inoffensives et parfois utiles. C'est en étudiant la nature des otorrhées, en différenciant les caractères essentiels, que l'on reconnaît leur diagnostic véritable et le traitement approprié.

Jetons un coup d'œil rapide sur ces diverses sortes d'otorrhées.

Les plus communes, déjà signalées par Hippocrate, surviennent sponta-

(1) MM. Davoine, Hendrickx, *Commissaires;* Bulckens, *rapporteur*.

nément vers l'époque critique des fièvres graves, dans lesquelles les symptômes cérébraux ont prédominé, elles jugent un grand nombre de ces affections ; elles sont inoffensives et doivent être supportées ; les arrêter, ce serait s'exposer aux effets fâcheux d'une crise avortée.

Une autre espèce se présente chez les sujets d'un tempérament lymphatique et scrophuleux, comme la conséquence d'un état spécial de la constitution générale. Dans ces cas il existe communément une ulcération de la membrane muqueuse de l'oreille moyenne.

Quant aux affections que le docteur Albers a désignées sous le nom de otorrhées cérébrales primitive, consécutive, mixte, nous devons ajouter que plusieurs opinions ont été émises sur leur étiologie. Les uns et Morgagni en premier croyait que le pus sécrété dans l'oreille se frayait un passage dans le crâne, passage facilité par la position de la tête et par la carie du tempéral.

Itard partageant l'opinion de Laubius prétendait que l'otorrhée purulente n'est, dans bien des cas, que le résultat symptomatique d'une affection cérébrale ou une terminaison critique de l'encéphalite.

M. Lallemand a renversé la théorie de M. Itard et a demontré que la lésion de l'oreille précède invariablement celle du cerveau. Cette opinion que l'observation semble confirmer de plus en plus et que nous partageons aussi, devient mieux admissible par l'application que nous faisons suivre et rend l'indication thérapeutique plus précise.

Pourquoi la matière purulente, si elle est douée de propriétes corrosives ne se fraie-t-elle jamais un passage à travers un autre os que le temporal, bien qu'il y en ait plusieurs qui occupent dans le crâne une position déclive et qui sont plus minces et d'une structure moins compacte? D'où vient cette prédilection pour l'os temporal? n'est-il pas plus naturel de l'attribuer à une maladie primitive de l'oreille dont l'une des complications les plus fréquentes et les plus dangereuses est la carie du temporal? (Lallemand).

Nous arrêterons là les réflexions que nous avons cru devoir insérer dans notre rapport. Le travail de M. Goossens écrit d'une manière lucide, est intéressant, il mérite sur tout votre attention ; aussi pensons-nous qu'il peut contribuer à jeter quelque lumière sur un point encore obscur de la science ; à cet effet nous vous proposons de l'insérer dans les Annales de la Société et nous vous prions de conférer à l'auteur le titre de membre correspondant.

Malines, le 15 janvier 1842.

NOTE EXTRAITE

DE

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR LES CORPS ÉTRANGERS DES ARTICULATIONS;

Par M. PÉTREQUIN, D.-M.-P., à Lyon, membre correspondant.

L'histoire des corps étrangers intra-articulaires à beaucoup occupé les chirurgiens, qui ont singulièrement varié sur leur étiologie et leur thérapeutique « il n'a pas été possible encore, dit M. Velpeau, de s'entendre » jusqu'ici sur le mécanisme de la formation de ces produits. » (Dict. en 25 vol. 1833. IV-179.) Citons d'abord quelques observations, elles nous serviront à discuter les points les plus importants de la matière :

Obs. Ire—*Corps étrangers dans l'articulation scapulo-humérale.*

En 1838, je faisais à l'Hôtel-Dieu de Lyon, quelques recherches d'anatomie sur le cadavre d'un homme adulte, livré aux dissections; j'ouvris la cavité articulaire de l'épaule droite, et je trouvai 8 à 9 petits corps dans son intérieur; ils offraient une forme arrondie, mais irrégulière, une surface humide et polie, et d'un aspect onctueux qui pouvait faire croire qu'ils étaient enveloppés d'une membrane synoviale; leur consistance était très-dure; ils avaient la couleur des cartilages, au point qu'il eût pu être difficile de les en distinguer; ils paraissaient sans vaisseaux. La dessication ne les réduisit pas autant que M. Velpeau dit quelle a coutume de le faire sur les concrétions de cette nature, et je crois que le résultat doit être plus marqué *spécialement sur celles qui sont moins consistantes;* c'est une distinction à établir. Quelques-uns de ces corps étaient libres et flottants; mais la plupart étaient pourvus d'un pédicule plus ou moins effilé. Leur grosseur variait depuis celle d'un grain de chènevis jusqu'à celle d'une noisette; tous se trouvaient dans la capsule articulaire. J'examinai avec soin l'articulation scapulo-humérale, je n'y trouvai aucune trace de maladie; les fibro-cartilages étaient intacts, et les membranes saines. L'épaisseur des corps étrangers *surpassait de beaucoup* celle qu'eût pu offrir le *cartilage articulaire*. J'ignorais l'histoire pathologique de ce malade, mais rien ne fait présumer que, pendant la vie, son attention se fût portée vers l'existence de cette lésion. Je ne trouvai rien de semblable dans les autres jointures.

Les auteurs, qui traitent de ce point, ne parlent guère que du coude et surtout du genou et en général des ginglymes. Ils se taisent sur l'articulation scapulo-humérale.

Voyons quelles lumières l'étude de cette observation pourra nous fournir pour la discussion des trois théories proposées sur leur étiologie.

A. La première, qui est en même temps celle qui a eu le moins de vogue, assimile ces corps aux concrétions par précipitation, à la manière des calculs vésicaux. Amboise Paré qui raconte l'histoire d'un produit de ce genre qu'il trouva dans le genou, lui donne le nom de *pierre*. Leur formation aurait ainsi lieu par précipitation des sels de la synovie; une pareille doctrine ne pouvait tenir devant l'examen anatomique.

B. Une théorie qui a joui d'une bien plus grande faveur, et qui a entraîné une partie des chirurgiens du dix-huitième siècle, est celle de Monro adoptée par Petit-Radel, qui les considère comme des *fragments* de cartilages *naturels accidentellement* détachés. J'ai entendu en 1835 M. Lisfranc la professer. Mais l'analyse des faits ne lui est pas favorable: dans le cas que je viens de citer les surfaces articulaires étaient saines, et, je le repète, l'épaisseur des corps étrangers surpassait de beaucoup celle qu'eût pu avoir le cartilage soit huméral soit glenoïdien. D'ailleurs même dans les cas, où l'état des cavités diarthrodiales dépose le plus en faveur de cette opinion, il est facile d'en démontrer le peu de fondement; en effet, les excavations qu'on a cru remarquer sur les surfaces contiguës, pouvaient fort bien tenir à la pression de ces corps étrangers. Pourquoi ces prétendues pertes de substance correspondent-elles si peu pour la forme et le volume aux fragments qu'on en a dit détachés? pourquoi l'existence de ces corps est-elle si rare ou si différente dans les cas les plus favorables à leur formation, comme, par exemple, dans les tumeurs blanches? on est donc forcé de convenir que les choses ne se passant pas de cette manière dans la généralité des cas.

C. Une troisième théorie est venue, qui ruine les deux précédentes; elle a été mise en avant par Hunter et Astley Cooper, Béclard, A. Berard, etc., elle considère ces corps comme primitivement formés en dehors de l'article, où ils ne s'engagent que peu à peu et consécutivement, en poussant devant eux la membrane synoviale dont ils se forment une enveloppe. Cette nouvelle hypothèse rend compte de l'existence et de la formation du pédicule, et du mode d'adhérence qui empêche les cartilages d'être libres, et elle permet de concevoir comment ils peuvent le devenir à la longue.

Bien que séduisante, elle ne satisfait pas à toutes les formes et ne résout pas la question de l'origine première et du développement successif de ces produits.

D. Tous ne se forment pas en dehors de la capsule synoviale; et alors l'hypothèse précédente est en défaut. Deux causes me paraissent présider à leur formation.

1° Il est un point de la pathologie des articles dont on s'était peu occupé jusque dans ces derniers temps, je veux parler des hémarthroses, je n'entend pas dire qu'elles n'étaient point connues, mais leur diagnostic et leur traitement laissaient beaucoup à désirer. Or, ces hématocèles articulaires sont beaucoup plus communes qu'on ne l'avait cru; depuis une seule année j'ai pu en recueillir un grand nombre. C'est dans un épanchement sanguin de ce genre que les corps qui nous occupent trouvent fréquemment leur principe. Il s'opère deux parts dans le liquide épanché; la partie la plus

fluide s'absorbe, après avoir quelquefois servi à dissoudre la plus solide; mais d'ordinaire cette dernière se coagule, et se solidifie à mesure qu'elle perd plus de ses éléments solubles; la fibrine se dépouille de sa matière colorante, passe par différents degrés de transformations, et dégénère à la longue en fibro-cartilage. C'est là une série d'évolutions dont l'habitude de l'anatomie pathologique donne la démonstration; et cela est si vrai qu'un grumeau de fibrine forme souvent le noyau central de ces corps articulaires. Ils peuvent ainsi changer de volume, d'aspect et de consistance, sans pour cela changer de nature; ces phases proviennent des changements que leur font subir la pression et le frottement des surfaces, le contact du fluide synovial et le travail intime et moléculaire de leurs principes constituants. Naissent-ils en dehors de la capsule? on conçoit comment ils pourront être coiffés d'une membrane pédiculée. Se forment-ils en dedans? des adhérences phlogosiques en rendent compte. Les lois pathologiques d'évolution des produits morbides apprennent qu'ils sont susceptibles d'offrir tour à tour la consistance fibrineuse, cartilagineuse, osseuse, calcaire.

M. Velpeau a bien compris l'influence des épanchements sanguins sur la formation des concrétions articulaires. Mais il ne parle que de ce mode de production, et il en est un second que je crois devoir signaler, malgré le silence des auteurs et à cause même de cet oubli.

2° Une hématocèle n'est pas la cause unique de tous ces corps étrangers; et je crois pouvoir affirmer qu'elle ne les a pas constamment précédés. Quelle est alors la puissance formatrice qui les développe? l'anatomie pathologique enseigne qu'un dépôt de lymphe concrescible peut amener les mêmes résultats. Que se passe-t-il à la longue dans l'hydrothorax phlegmasique? la lymphe plastique se dépouille peu à peu de ses éléments les plus fluides que l'absorption fait disparaître; elle se coagule, se solidifie, et passe par les mêmes phases que je viens de décrire pour le sang; combien de fois n'ai-je pas trouvé, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, des matières fibro-cartilagineuses, osseuses et calcaires sur des sujets porteurs d'anciennes pleurésies? les mêmes remarques d'ailleurs trouvent place ici pour les autres phénomènes secondaires.

Le moyen curatif, dans tous les cas, est l'extirpation; mais il est loin d'être sans danger, et l'on ne doit y recourir qu'après avoir inutilement employé, la compression méthodique, les topiques dissolvants et résolutifs, et les remèdes usités en pareille occurence; et même le cas de mort de Hewit, les deux de Samuel Cooper, les quatre de Richerand, etc.; avaient tellement effrayé les chirurgiens que Bell, David, Bromfield et Boyer rejètent l'extraction et proposent l'ankylose artificielle. Bell va même jusqu'à lui préférer l'amputation du membre. Dans un tel état de choses, il sera instructif de relater l'observation suivante :

Obs. II.—*Corps étranger dans l'article du genou; extraction; guérison.*

Le sujet est un étudiant en médecine âgé de 20 ans; il s'agit du genou gauche; on ne pouvait assigner à la maladie d'autre cause extérieure

qu'une chute qui avait eu lieu deux mois avant les premiers symptômes qui parurent. Lors de l'examen, on reconnut à la partie interne du genou un corps assez volumineux et mobile; la moindre pression déterminait une vive douleur. Du reste, il y avait en outre des signes de sub-inflammation et d'épanchement dans l'intérieur de l'articulation fémoro-tibiale. Avant de pratiquer l'extraction, l'indication était de ramener autant que possible les parties à l'état normal; on s'attacha à combattre les symptômes inflammatoires, bien que de prime abord il eut paru plus rationel, comme ils étaient dus à la présence d'un corps étranger, de faire disparaître en premier lieu leur cause originelle et productrice. Mais par cette pratique, on avait l'avantage de prévenir les accidents qui se manifestent lorsqu'une phlegmasie aiguë vient se surajouter à une phlegmasie chronique. Le repos au lit fut prescrit; des sangsues furent appliquées autour du genou, et des topiques tempérants et résolutifs sur le lieu même; on insista sur l'administration des diurétiques, par suite de l'analogie qui existe entre les hydropisies des synoviales et celles des membranes séreuses. Ainsi la tisane renfermait 30 grains de sel de nitre, avec addition de 2 onces d'oxymel scillitique.

Sous l'influence de ce traitement, l'hydrarthrose disparut, l'inflammation s'éteignit, et l'extraction fut pratiquée le 18 décembre 1835. Le corps étranger fut poussé fortement en bas, en même temps que les téguments étaient tirés dans un sens opposé, afin que l'ouverture de la peau ne fut pas parallèle à celle de la capsule synoviale. Une incision fut faite avec précaution sur la saillie de la tumeur; la membrane articulaire une fois ouverte, le corps étranger se présenta par un angle et fut projeté assez loin; le parallélisme des ouvertures fut détruit à l'instant, la plaie fut ramenée au moyen de la suture et au bout de quelques jours elle fut cicatrisée. Le corps extrait avait une figure irrégulière; il paraissait en partie cartilagineux et en partie osseux; un point de sa surface était légèrement rugueux, le reste était légèrement lisse et poli.

Je rappelerai que d'autres chirurgiens ont déjà appuyé le précepte de l'extraction sur des cas analogues de guérison; Desault, Cloquet, etc., sont de ce nombre. Je puis ajouter que M. Lisfranc raconte, dans ses leçons cliniques qu'il a obtenu plusieurs succès de ce genre et que jamais il n'a vu survenir d'accidents fâcheux en prenant les précautions que j'indique.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Messieurs,

Sous le titre de note extraite de nouvelles considérations sur les corps étrangers des articulations, M. Pétrequin a communiqué à la Société l'observation d'un corps étranger développé dans l'article du genou, qui fut

(1) MM. Denis, Taglioretti, *commissaires;* Wittemann, *rapporteur.*

extrait et suivi d'une prompte guérison. M. Pétrequin avait antérieurement trouvé des corps semblables dans l'articulation scapulo-humérale d'un cadavre dont l'histoire pathologique lui fut inconnue, mais où rien ne faisait présumer, que pendant la vie l'attention du malade se fut portée vers l'existence de cette lésion.

Ces deux observations fournissent à M. Pétrequin l'occasion de passer en revue l'opinion des auteurs, qui ont traité de ce sujet, et d'analyser leurs théories relativement à l'étiologie et à la thérapeutique de ces corps.

La formation de ces corps par précipitation des liquides contenus dans les articulations à la manière des calculs vésicaux, selon les uns; la séparation accidentelle des fragments des cartilages ou enfin leur formation en dehors des articles, où ils s'engagent consécutivement, selon les autres, sont autant de théories rejetées par M. Pétrequin et auxquelles il en préfère une autre dont les auteurs se sont peu occupés avant lui, ou même qu'ils ont complétement ignorée, c'est-à-dire la présence de l'hémarthrose et du dépôt de lymphe concrescible dans les articulations.

Par hémarthrose M. Pétrequin désigne une collection ou épanchement de sang dans l'articulation survenue le plus souvent à la suite de violence externe. Cet épanchement ainsi que le dépôt de lymphe concrescible, qui par la résorption des parties liquides passent à l'induration fibreuse, cartilagineuse et même osseuse, constituent selon l'auteur, les causes et forment le noyau des corps intra-articulaires.

Le traitement consiste dans l'extirpation. Cette opération dangereuse et même mortelle, devient rassurante par les moyens que M. Pétrequin indique; c'est-à-dire l'extinction préalable de la phlegmasie articulaire et la précaution d'établir la plaie de la peau non parallèlement à celle du sac séreux; cette précaution, avoue l'auteur, avait été mise en pratique par MM. Lisfranc, Desault, Cloquet et d'autres.

L'intérêt principal de l'observation de M. Pétrequin est la réussite dans une opération chirurgicale, qui plus d'une fois a été suivie d'accidents funestes; néanmoins les précautions prescrites par l'auteur sont connues et usitées par les chirurgiens, qui pour les avoir mises en pratique n'ont pourtant pas toujours préservé leurs malades de complications fâcheuses.

La présence des corps développés dans l'articulation de l'épaule, où les auteurs n'en ont jamais indiqué, l'inocuité qu'ils paraissent avoir exercé sur la dite articulation, sont des faits intéressants pour l'histoire de ces productions. La théorie nouvelle que M. Pétrequin donne de leur formation, jointe au succès de l'opération, sont autant de circonstances qui rendent le travail de M. Pétrequin d'un intérêt majeur et nous paraît mériter son insertion dans les Annales de la Société.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

MÉMOIRE

SUR

L'APPLICATION DE LA LITHOTRITIE AUX PIERRES VOLUMINEUSES,

CONTENANT L'OBSERVATION D'UNE GUÉRISON OBTENUE PAR CETTE MÉTHODE;

Par André UYTTERHOEVEN,
Chirurgien en chef de l'hôpital St.-Jean, professeur de clinique externe à l'Université libre.

La pierre était autrefois une maladie commune à Bruxelles : ce qui le prouve, c'est qu'il y avait un chirurgien lithotomiste patenté et rétribué par les magistrats. Le dernier qui remplit cette charge, fut Mormeaux, chirurgien de l'hôpital St.-Jean ; il y opéra trente-trois calculeux. Mon père, qui fut son élève, assista à plusieurs de ses opérations. Sur ce nombre de trente-trois opérés, il n'en mourut que deux : l'un d'une maladie étrangère à l'opération, l'autre par suite d'une affection fort curieuse, et dont voici l'histoire, qui est digne de figurer dans les Annales de l'art.

C'était un homme qui présentait tous les symptômes de la pierre. Mormeaux l'opère, introduit les tenettes et saisit un énorme calcul, mais c'est en vain qu'il fait des efforts pour l'enlever ; le corps étranger ne bouge pas plus qu'un roc. Le malade meurt ; à l'ouverture du corps, on découvre les lésions suivantes : la tête du fémur, à la suite d'une chute sur le trochanter, faite plusieurs années auparavant, avait traversé la cavité cotyloïde et s'était logée dans l'intérieur de la vessie, où elle faisait une saillie que recouvrait une épaisse croûte des ubstance calcaire ; de là l'erreur du chirurgien.

Mormeaux taillait toujours par la méthode latéralisée; il se servait du bistouri de Cheselden, et faisait l'incision de la prostate petite, de sorte que l'extraction du calcul était toujours très-lente. Il dirigeait les tractions suivant l'axe du bassin, et donnait aux parties le temps de se prêter, afin de ne produire ni déchirures, ni contusions.

Or, comme nous l'avons dit, il fut très-heureux dans ses opérations.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour, c'est-à-dire, pendant une période de vingt-cinq ans, il ne s'est présenté à St.-Jean que sept calculeux, deux femmes, trois hommes et deux enfants du sexe masculin.

Les femmes et les enfants ont été guéris par la taille, mais l'une des opérées a conservé une incontinence d'urine. Des hommes, l'un avait une pierre adhérente ; opéré par la taille bi-latérale, il mourut quelques jours après l'opération. Le second succomba aussi, mais la pierre pesait kilog. 1,15. L'observation en est consignée dans les Archives de la médecine belge, 1840, 1er cahier.

Le dernier, qui fait l'objet de ce mémoire, a été guéri par la lithotritie, nonobstant la grosseur extraordinaire du calcul.

A cette occasion, je ferai observer comme une chose assez singulière, que le hasard m'ait fait rencontrer les deux plus gros calculs qui aient été extraits par la taille et par la lithotritie.

Cette dernière opération me paraît une innovation assez heureuse. Elle donnera l'éveil aux maîtres de l'art, en prouvant que c'est à tort que l'on répudie le broiement dans les cas de calculs très-volumineux.

La lithotritie ne peut être appliquée, dit M. Velpeau, dans son excellent traité de médecine opératoire, aux calculs qui dépassent les dimensions d'un œuf de poule, t. 4, p. 648, Paris, 1841.

Nous allons prouver que cette règle n'est pas sans exception.

Le nommé Peeters Jean François, garçon brasseur, âgé de 31 ans, demeurant à Bruxelles, rue des Tanneurs n° 12, d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste, portait, depuis sept ans, dans la vessie, un calcul qui avait acquis un volume considérable et dont il ignorait l'existence, lorsqu'il entra à l'hôpital St.-Jean le 20 mars 1839.

Voici le résultat des investigations auxquelles il fut soumis : Interrogé avec soin sur les différentes causes qui peuvent prédisposer à la formation d'un calcul ou l'occasionner, nous n'en constatâmes aucune. Né des parents qui n'avaient jamais été affectés de maladies des voies urinaires, cet homme avait toujours joui d'une santé parfaite. Quant à sa manière de vivre, elle était la même que celle des ouvriers en général, et quoique garçon brasseur, il avait fait peu d'excès dans les boissons.

Il y a sept ans, époque où il fait remonter les premières atteintes de sa maladie, il était occupé à uriner, quand un de ses camarades, s'imaginant faire une bonne plaisanterie, le saisit inopinément par les parties génitales; il tressaillit, et l'écoulement des urines, jusque-là très-facile, s'arrêta tout à coup, malgré les efforts prolongés auxquels il se livra pour satisfaire un besoin encore très-pressant. A partir de ce moment, chaque fois qu'il urinait, il éprouvait de la gêne et quelquefois même de la douleur. Après un temps assez long, il ressentit des douleurs hypogastriques presque continuelles, quelquefois très-vives et s'irradiant dans la région lombaire et le périnée. Ces douleurs se manifestaient surtout au moment où il allait uriner, ou immédiatement après avoir fini ; il s'y joignait de fréquents besoins de rendre les urines, et ce n'était qu'après beaucoup d'efforts, qu'il en expulsait quelques gouttes. Parfois il pissait d'abord avec assez de facilité, puis le jet se supprimait brusquement. Il se déclara à plusieurs reprises, des hématuries plus ou moins abondantes. Une démangeaison très-incommode se manifesta aussi au bout du gland, ce qui occasionnait de fréquentes érections. Ses urines étaient épaisses et très-fétides.

Il consulta divers médecins qui n'eurent seulement pas la pensée de le sonder et qui se contentèrent de prescrire des palliatifs.

Il fut ainsi pendant six années consécutives, en proie à des douleurs intolérables, qui ne lui laissaient que peu de relâche; il interrompait parfois son travail pour se rouler par terre en jettant des cris plaintifs. Enfin, le mal étant devenu trop violent, il vint à l'hôpital St.-Jean dans le courant de l'été de 1838.

Notre premier soin fut tout naturellement de le soumettre au cathétérisme; la sonde ne rencontra aucun obstacle dans l'urètre, mais arrivée au col de la vessie, elle fut arrêtée par l'énorme calcul qui en bouchait l'ouverture. Le doigt introduit dans le rectum, faisait reconnaître une tumeur dure, évidemment constituée par la pierre, qui remplissait une grande étendue du petit bassin; sa surface inférieure, examinée à travers les parties molles, paraissait lisse et polie; le palper de l'hypogastre ne faisait absolument rien reconnaître, à cause de la contraction des muscles des parois abdominales. Quant aux urines, elles étaient jaunâtres, filantes, déposant d'abondantes mucosités et repandant une odeur ammoniacale très-prononcée. Du reste la santé générale était bonne.

L'opération par le haut appareil fut adoptée, et l'on s'y préparait, quand le malade, entraîné par les belles promesses d'un charlatan, exigea sa sortie de l'hôpital.

Enfin, six mois après, voyant que sa maladie, loin de s'améliorer, s'aggravait de plus en plus, il rentra à l'hôpital le 20 mars 1839, dans l'état suivant :

Symptômes.—Dans le bas ventre, sentiment de pesanteur et d'une douleur sourde qui s'irradie dans la région lombaire ainsi que dans les membres inférieurs; cette douleur est parfois déchirante au moment de l'expulsion des urines; excrétion urinaire laborieuse, presque incessante, elle a lieu le plus souvent par gouttes, rarement par un jet très-mince qui s'arrête brusquement. Les urines sont épaisses, d'une couleur foncée, d'une odeur très-ammoniacale, elles déposent au fond du vase une grande quantité de flocons muqueux, mêlés à une espèce de sable grisâtre. Le malade éprouvait une démangeaison douloureuse au gland, et des envies fréquentes d'aller à la selle.

Exploration de la vessie. — Arrivé au col de la vessie, le bec de la sonde est arrêté par un corps dur, dont la percussion donne le son métallique propre aux calculs. Pour surmonter ces obstacles, il eut fallu l'éloigner en employant la force, et faire glisser l'instrument entre lui et les parois de la vessie, en y mettant autant d'adresse que de prudence. Un chirurgien étranger qui visita le malade en notre absence, exécuta le premier procédé, mais cette exploration occasionna d'horribles souffrances au patient et pendant plusieurs jours les urines restèrent sanguinolentes.

Le toucher, opéré par le rectum, permet d'apprécier le volume du calcul. Il est également étendu dans le sens du diamètre antéro-postérieur et dans celui du diamètre transversal, dont les dimensions sont évaluées à près de quatre pouces de France; quant au diamètre vertical, on ne peut point le formuler, car la raideur des muscles abdominaux au moment de l'exploration, ne permet point de sentir la partie supérieure de la pierre.

Fig 1.

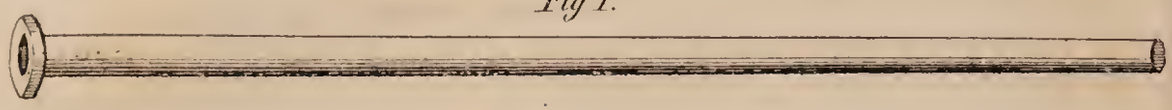


Fig 2.

Fig 3

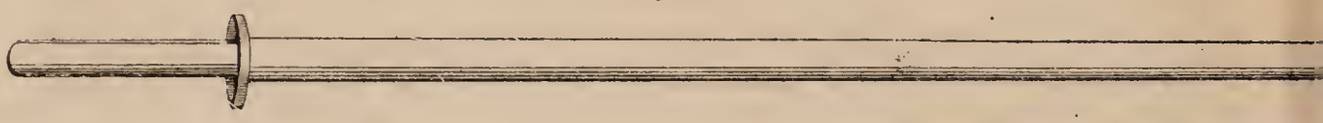


Fig 4.

Fig 5.

Fig 6.

Fig 7.

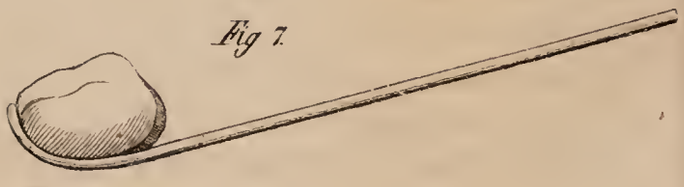


Fig 8.

Fig 9.

Fig 10.

Fig 11.

Du reste le corps étranger paraissait lisse, arrondi, presque immobile et pour ainsi dire comprimé par les parois de la vessie.

Nul doute ne pouvait exister sur le diagnostic de cette affection; il n'en était pas de même de la thérapeutique à mettre en usage avec le plus de chances de succès. Tous les médecins appelés à nous éclairer de leurs avis, furent d'accord, cependant, sur la nécessité de pratiquer l'opération de la taille par le haut appareil; l'énormité de la pierre ne permettant pas même de concevoir la possibilité de la détruire à l'aide de la lithotritie, mais tous aussi reconnaissaient les dangers et les chances presque toutes défavorables de l'opération.

Enfin le 26 mars, M. le docteur Amussat, de Paris, vint à Bruxelles, il visita le malade, et comme nous, il se montra surpris du volume extraordinaire du calcul. Consulté sur ce qu'il y aurait à faire, il fut d'avis que la taille serait très-probablement mortelle, et qu'il fallait tenter de gruger le corps étranger à l'aide d'un petit ciseau, de l'user avec une râpe, de le forer, en un mot de le démolir peu à peu avec du temps et de la patience.

J'embrassai ce parti, qui me parut dicté par la sagesse et la prudence, et je le suivis avec d'autant plus d'empressement, qu'il me répugnait de faire une opération sanglante, dont le résultat me semblait devoir être inévitablement funeste.

Je fis donc fabriquer par M. Bonneels fils, si habile dans son art : 1° Une sonde en acier, droite, ouverte à ses deux extrémités et longue de 9 pouces et de 1 ½ ligne de diamètre (voy. la pl. fig. 1); 2° Un stylet mobile, présantant un bouton à l'un de ses bouts, était placé dans la canule pour l'introduction (voy. fig. 2 et 3), on le remplaçait ensuite par un ciseau; 3° Ce ciseau également en acier, était très-tranchant à l'une des extrémités et arrondi à celle sur laquelle le marteau devait frapper (voy. fig. 4); 4° Un marteau de Heurteloup (voy. fig. 5).

Muni de ces instruments, je commençai l'opération le 8 mai 1859, et voici comment je m'y pris.

Placé au côté droit du malade, j'introduisis la sonde droite, armée de son stylet boutonné; l'instrument étant arrivé sur la pierre, je remplaçai le stylet par le ciseau d'acier; assujettissant alors les deux instruments avec la main gauche (voy. fig. 6), le coude appuyé sur la cuisse du malade, afin d'y trouver un point d'appui, de la main droite armée du maillet, je frappai sur le ciseau, mais avec prudence, ou plutôt avec timidité, car je craignais que l'instrument ne glissât sur la pierre et n'allât blesser les parois de la vessie.

Les urines du malade furent filtrées dans la soirée, et on y recueillit quelques fragments.

Le 9, mêmes manœuvres que la veille, même résultat. Le malade se trouve bien et ne souffre pas de l'opération.

Le 10, enhardi par le succès des premiers essais, je frappai avec plus de confiance, et la séance se prolongea pendant une dizaine de minutes, aussi le détritus fut-il plus abondant et les fragments plus gros.

Le 11, je veux tenter de percer la pierre, à l'aide d'un forêt glissé dans l'intérieur de la canule; mais les mouvements trop excentriques que la

rotation fait exécuter à la pointe de l'instrument, me font renoncer à ce procédé qui est en conséquence, remplacé par le ciseau. Les coups de maillet, quoique donnés avec ménagement, sont plus énergiques que les précédents. Le ciseau perce la coque de la pierre et pénètre dans l'intérieur où la résistance devient moindre. Voulant alors agrandir cette voie, à l'aide de quelques mouvements de va et vient, j'entraîne toute la masse au premier effort, et le malade me saisit vivement la main, en s'écriant : Vous me faites mal, vous renversez la pierre. — Dans la journée, sortie de quelques fragments; bain tiède; tisane de chiendent.

Le 12, introduction de la sonde droite et du ciseau; percussion assez forte. Plusieurs fragments s'échappent avec les urines.

Les 13 et 14, pas d'opération, pour ne point fatiguer la vessie, quelques fragments sortent encore.

Le 15, même opération que la dernière, le ciseau s'enfonce profondément dans la pierre. — Peu de débris dans les urines.

Le 16, le malade a rendu beaucoup de fragments, dont quelques-uns de la grosseur d'un pois, et tous de la couche excentrique du calcul. Même manœuvre que la veille.

Le 17, je veux tenter de faire fixer la pierre à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum par un assistant. — Douleur hypogastrique, hématurie légère. — J'abandonne l'idée de donner un point fixe au calcul. — Sortie de nombreux fragments plus ou moins volumineux. — Bain tiède, cataplasme sur l'abdomen, tisane émolliente.

Les 19 et 20, on laisse reposer le malade; beaucoup de fragments assez gros sortent; quelques-uns proviennent évidemment des couches profondes. — Même traitement.

Le 21, manœuvre ordinaire, prolongée pendant une demi-heure; percussion vigoureuse; le ciseau s'enfonce dans la pierre à une grande profondeur. Le doigt introduit dans le rectum, sent à travers ses parois, plusieurs fragments.

Les 22, 23, 24 et 25, mêmes opérations et mêmes succès qu'aux séances précédentes.

Le 26, on laisse reposer le malade. Il rend encore des fragments.

Le 27, introduction du ciseau; percussion pendant un quart-d'heure. A la fin de la séance je voulus essayer de briser quelques-uns des fragments avec le brise-pierre de Heurteloup, mais cette tentative fut vaine.

Le 28, même manœuvre; enfoncement répété du ciseau dans la pierre, il s'égare souvent entre les débris du calcul; de là nécessité, d'user encore de plus de prudence.

Le 29, le malade se repose; des fragments sortent avec les urines.

Le 30, manœuvre ordinaire pendant un quart-d'heure.

Le 31, introduction d'une pince urétrale à l'aide de laquelle je retire quelques fragments de pierre de la vessie. J'essaie de nouveau, mais sans succès, l'emploi du brise-pierre de Heurteloup. — Sortie de nombreux fragments provenant de couches profondes. — Légère hématurie; santé parfaite.

Le soir, le malade ne peut rendre les urines; il sent qu'un fragment s'est engagé dans le col de la vessie. L'introduction d'une sonde lève cet obstacle; plusieurs fragments s'échappent avec les urines.

Jusqu'à ce moment, tout allait bien, mais trop lentement au gré de mon impatience. A en juger par les débris déjà recueillis, la démolition du calcul s'effectuait certainement, mais il fallait du temps pour la rendre complète, et, dans l'intervalle encore si long qui nous séparait de l'entière destruction du corps étranger, des complications nombreuses pouvaient venir entraver la marche de notre œuvre, la prolonger indéfiniment, ou compromettre d'une manière sérieuse l'existence du malade. Après y avoir mûrement pensé, je pris le parti de tenter un procédé nouveau, hardi, téméraire peut-être, mais qui, si le succès venait en couronner l'épreuve, promettait une guérison rapide. Je procédai donc de la manière suivante.

Le malade couché sur une table garnie, les jambes fléchies et l'opérateur placé entr'elles ; le brise-pierre N° 3, modifié par M. Charrière est introduit à la manière ordinaire ; arrivé sur le calcul, l'opérateur le soulève un peu en faisant glisser lentement le bec de l'instrument entre le bas-fond de la vessie et le corps étranger, jusqu'à ce qu'il soit arrivé derrière celui-ci (v. fig. 7). Il imprime alors au brise-pierre un mouvement de rotation qui tourne son extrémité vers le côté droit du malade (v. fig. 8) puis il écarte avec la plus grande précaution et le plus possible les branches de l'instrument (v. fig. 9), jugeant ensuite à la résistance qu'il éprouve, que l'écartement des branches ne peut être porté plus loin, il replace l'instrument dans sa première position, c'est-à-dire la concavité dirigée en haut puis rapprochant les mors, il saisit le calcul (v. fig. 10). La pierre comprise entre les branches du percuteur, leur donne trois pouces et demi de France d'écartement. Après qu'on se fut assuré que le calcul ne pouvait s'échapper, et que l'instrument fut fixé par un étau mobile, qu'assujettissaient un aide et la main gauche de l'opérateur, celui-ci de la main droite armée d'un maillet, brisa le calcul en donnant des coups secs et énergiques.

Après ce premier succès, l'opération devint facile, il suffisait d'écarter presque au hasard les mors de l'instrument, pour saisir des morceaux plus ou moins gros et les briser, les petits à l'aide de la pression, les plus volumineux à coups de maillet. Cependant pour ne point trop fatiguer la vessie, nous remîmes au lendemain la continuation de l'opération.

Le 31, la canule creuse, le ciseau, tout ce qui composait l'appareil primitif est abandonné.

Le même brise-pierre est introduit et beaucoup d'éclats sont détachés.

Le bas-fond de la vessie est tout rempli de détritus. Il en sort beaucoup avec les urines dans le courant de la journée.

Le 1er juin, emploi du brise-pierre n° 2 ; broiement par la pression, de six à sept fragments. — Douleurs sourdes dans le bassin ; elles se dissipent après l'opération. — Expulsion des débris dont la masse peut représenter le volume d'une grosse noix.

Le soir on saisit encore un morceau de pierre mesurant environ trois pouces, il fut brisé par la percussion.

Le 2, mêmes manœuvres que la veille, mêmes succès.

Le doigt introduit dans le rectum, ne sent plus le corps orbe et volumineux qu'il reconnaissait auparavant. Le bas-fond de la vessie paraît rempli

de fragments plus ou moins gros ; cependant il se trouve encore à droite une portion de pierre assez volumineuse pour faire croire que la moitié seulement en a été brisée. Du reste les urines s'écoulent plus librement, mais le jet en est fréquemment arrêté par des fragments qui s'engagent dans l'urètre et qui ne tardent pas à être expulsés.

Les 3 et 4, séances avec les moyens ordinaires, résultat satisfaisant.

Le 5, sortie de fragments de diverses grosseurs. Après le broiement, on injecte dans la vessie un liquide légèrement mucilagineux, qui entraine encore quelques débris.

Le soir nouvelle opération, même succès, injections.

Le 6, mêmes opérations, mêmes résultats.

Le 7, on saisit à l'aide de la pince uréthrale, un fragment engagé au devant du col de la vessie et on le triture par la pression. Après cette opération préalable, les manœuvres ordinaires sont exécutées.

Le 8, broiement de plusieurs petits fragments ; on s'assure par l'anus que leur nombre diminue considérablement, mais il en existe encore un très-gros couché dans le bas-fond de la vessie.

Le 9, mêmes opérations, plusieurs morceaux sont saisis et brisés.

Le 10, on saisit un fragment donnant aux branches deux pouces d'écartement, il est cassé à coups de maillet.

Le 11, on brise par la percussion, des fragments excessivement durs ; on reconnaît à leur sortie qu'ils appartenaient à la couche externe de la pierre.

Le 12, mêmes opérations. Le soir on casse un morceau d'un pouce et demi de diamètre.

Les 13 et 14, mêmes manœuvres. La sonde atteint la paroi postérieure de la vessie ; elle joue assez librement dans cette cavité, où elle rencontre encore beaucoup de graviers.

Le 15, on saisit un morceau d'un pouce de diamètre, et d'autres plus petits. La percussion fait presque seule tous les frais de l'opération.

Le 16, suivant la déclaration du malade, les fragments, au moment de sortir, s'arrêtent souvent dans le canal de l'urèthre, mais ils finissent toujours par s'échapper.

Le soir, nouvelles manœuvres, une pierre fixée dans l'urèthre, en est extraite.

Les 17 et 18, mêmes opérations. Il devient, chaque jour, plus difficile de saisir les débris de la pierre. L'excrétion urinaire est maintenant facile. Quelques heures après la séance opératoire, le malade ressent une vive douleur à la région rénale droite, elle suit le trajet de l'urétère et vient se perdre dans l'aîne du même côté ; elle augmente par les mouvements et la pression ; nul mouvement fébrile. *Prescription :* 10 sangsues, bain tiède, cataplasme laudanisé, potion calmante.— Le soir diaphorèse très-forte, la douleur se dissipe.

Le 19, tous les symptômes de la veille ont disparu. On trouve encore un fragment qui n'est point saisi.

Le 20, expulsion de plusieurs fragments par les urines. — Exploration

de la vessie, on n'y trouve plus rien. Les urines plus claires, sont rendues avec une grande facilité.

Le 21, le malade n'a plus rendu de débris. Il jouit d'un bien être, d'une aisance inaccoutumés. La sensation de pesanteur dans le bassin a complétement cessé. Il urine facilement, seulement lorsque la vessie a un certain degré de replétion, l'urine s'écoule spontanément.

Plusieurs médecins le visitent et constatent la disparition du calcul ; ils ont encore rencontré cependant un fragment. On cherche vainement à le saisir. On espère qu'il s'échappera avec les urines.

Les 22, 23, 24, 25. Tentatives inutiles pour rencontrer le prétendu fragment. Je commence à douter de son existence et à croire la guérison complète.

La santé du malade, à l'incontinence d'urine près, est on ne peut plus satisfaisante.

Il demande sa sortie de l'hôpital, qui lui est accordée sous la condition qu'il se représentera dans quelques jours, à l'effet d'être soumis à de nouvelles explorations.

Nous ferons remarquer ici que le patient n'est point resté au lit pendant la durée du traitement. Il se levait comme un homme bien portant et se promenait dans la salle ou sur le préau. Chaque jour il prenait un bain, buvait de l'eau d'orge et se nourrissait de soupes maigres, de légumes, de pain et de viandes blanches. Nous faisions rarement des injections dans la vessie pour évacuer les fragments, persuadé que nous sommes que cette multiplicité de manœuvres irrite les parties, expose à l'inflammation et que du reste l'expérience nous a démontré qu'elles sont superflues.

Peeters se représente le 2 août 1839, à la visite, en disant qu'un calcul obstrue parfois le col de la vessie et l'empêche d'uriner.

Le cathétérisme est pratiqué et l'on constate la présence d'un calcul, qui n'est, selon toute probabilité, qu'un fragment de la pierre-mère, resté caché dans quelque poche ou anfractuosité de la vessie lors des explorations qui ont précédé la sortie du malade.

Lorsqu'on saisit le calcul entre les branches du brise-pierre, leur écartement est d'environ 18 lignes.

On recommença donc de nouveau le broiement. Jusqu'au 13 il y eut quatre séances, et chaque fois on brisait une quantité considérable de fragments. Après chaque opération, Peeters retournait dans son village, éloigné de Bruxelles de quatre lieues ; cette longue marche lui occasiona le 12 une épidydimite légère, et il rentra à l'hôpital le 13. Les cataplasmes émollients et le repos dissipèrent cette affection en quelques jours.

Après les séances précédentes, il rendait chaque fois avec les urines, une certaine quantité de débris.

On recommença le 21, puis le 23 ; après cette dernière séance, il rendit plusieurs fragments très-volumineux.

Les 25, 26 et 28, des explorations minutieuses ne font plus reconnaître qu'un très-petit fragment qu'on ne parvient pas à saisir et qui s'échappe avec les urines.

Le 30, on l'explora dans tous les sens, MM. les docteurs Uytterhoeven,

père, Pourcelet, Simonard, Thierry, Claes, etc., le visitèrent également, et l'on n'y rencontra plus la moindre trace de graviers. On lui accorda la sortie.

Aujourd'hui, plus de deux ans après l'opération, Peeters, qui travaille chez M. Hauwaerts, maître brasseur, rue des Tanneurs, se porte fort bien et n'accuse plus aucune douleur. Il urine très-facilement, seulement, de loin en loin, il éprouve encore un peu d'incontinence d'urine.

Tel est le narré fidèle d'une cure peut-être sans exemple, si l'on considère le volume extraordinaire de la pierre. Il est vrai qu'elle a quelque ressemblance avec l'histoire si souvent racontée du moine de Citeaux, qui, à l'aide d'une sonde flexible et d'une tige d'acier terminée en biseau, était parvenu à se briser une pierre dans la vessie en frappant à petits coups de maillet, comme sur un ciseau de statuaire. On pourrait aussi la comparer à l'essai du major Martin qui, sur lui-même, vint à bout de réduire une pierre en poudre, au moyen d'une lime qu'il introduisait dans la vessie, à travers une sonde creuse. Mais il suffit d'un peu de réflexion pour se convaincre que ni le ciseau du moine, ni la lime du major, n'ont pu terminer l'opération. La pierre dont l'un et l'autre cherchèrent à se débarrasser, était sans doute volumineuse; cette circonstance seule peut donner de la vraisemblance au procédé qu'ils mirent en usage, mais il est évident que dès que les manœuvres auront pu réduire le volume du calcul, celui-ci sera devenu mobile et alors il aura dû fuir devant des instruments aussi imparfaits. De là sans doute l'incertitude d'une guérison proclamée par les uns, démentie par d'autres; guérison seulement apparente pendant quelque temps et vraisemblable pour des malades qu'abusait sans doute l'amélioration générale que la diminution d'une pierre vésicale apporte ordinairement dans la santé.

Quoi qu'il en soit, plusieurs circonstances favorables ont préparé le succès de notre opération.

L'urèthre du patient était large et libre de toute espèce d'obstacle, de sorte que les instruments le parcouraient avec la plus grande facilité. La pierre était dûre à la superficie, mais une fois sa coque traversée, elle n'offrait plus qu'une masse friable et facile à briser. La vessie supportait sans douleur bien marquée, les secousses que nos manœuvres lui imprimaient: aussi le malade se plaignait-il rarement, bien que le plus souvent on l'opérât deux fois le jour. Puis tous les fragments sortaient avec facilité, sans qu'il ait fallu réitérer les injections évacuatrices, ou extraire laborieusement le détritus avec le ramasse-gravier, opérations qui fatiguent toujours les organes, et occasionnent souvent des complications propres, si non à empêcher, du moins à retarder la guérison. Enfin, Peeters était d'une forte constitution, et malgré les fatigues de sa profession et les longues souffrances qu'il avait endurées, sa santé était bonne et son moral excellent.

Ces diverses circonstances favorisèrent l'opération, et toute extraordinaire qu'elle puisse paraître, je rencontrai peu de difficultés pour l'amener à bonne fin.

Il nous reste maintenant à déduire les conséquences pratiques du cas dont nous venons d'exposer l'histoire.

Il prouve tout d'abord que l'on a commis une erreur en établissant pour

règle que les calculs plus gros qu'un œuf de poule, ne sont pas du domaine de la lithotritie.

En effet, celui dont il est question, quoique déjà ébréché par les coups de ciseau donnés dans les premières séances, présentait encore au moment où il fut saisi pour la première fois par le brise-pierre, un diamètre de trois pouces et demi.

Mais en résulte-t-il que dans tous les cas de calcul volumineux, il faille agir comme nous l'avons fait; c'est-à-dire, commencer comme un statuaire par dégrossir le calcul, pour en achever la démolition à l'aide du brise-pierre de Heurteloup?

Les pierres qui ont acquis un volume considérable, doivent, pour le choix du procédé opératoire, être distinguées en deux classes; elles sont ou immobiles, ou mobiles.

Les premières fixées par leur propre poids ou par la vessie qui les embrasse étroitement, résistent assez au choc du ciseau, pour que celui-ci s'enfonce dans la substance calculeuse, au lieu d'imprimer au corps étranger un mouvement de locomotion qui le fasse échapper aux manœuvres entreprises. Elles offrent aussi une surface assez étendue, pour qu'il n'y ait point à redouter que l'instrument glisse et aille blesser les parois de la poche urinaire.

Dans ces occasions, la méthode que nous avons suivie, nous paraît offrir le plus de chances de succès.

Mais si le calcul, quoique d'un diamètre qui surpasse celui d'un œuf de poule, n'est cependant fixé, ni par sa pesanteur, ni par la compression des parois urinaires, la méthode précédente ne peut lui être appliquée; ce serait même une entreprise difficile à justifier et qui ne serait pas sans dangers; car obéissant à l'impulsion communiquée par les coups de maillet, le calcul se détournerait et le ciseau, glissant brusquement sur une surface sphérique, pourrait intéresser les parois de la vessie et même traverser l'épaisseur de ses membranes.

Ces sortes de pierres paraissent donc n'être point du ressort de la lithotritie et devoir être reléguées dans le domaine de la taille.

Cependant, cette règle est à nos yeux, trop absolue, on pourrait du reste, lui faire subir d'heureuses exceptions, et nous sommes tentés de croire qu'en modifiant quelque peu la forme du percuteur ordinaire, les calculs dont il s'agit, seraient susceptibles aussi d'être réduits en fragments.

Voici les changements que nous proposerions; les deux extrémités des mors, au lieu d'être mousses, présenteraient chacune une saillie pointue, sorte d'éperon qui donnerait à cette partie de l'instrument, la forme d'un bec de perroquet (voy. fig. 11). Lorsque l'instrument serait fermé, ces pointes glissant l'une au-dessus de l'autre, seraient cachées et ne blesseraient point l'urèthre au moment du passage. Au moyen d'un brise-pierre de cette forme, des calculs très-gros pourraient être brisés. Il suffit en effet que le corps étranger n'échappe point, qu'il soit pincé sur quelque point de sa surface, pour que des coups de maillet en détachent des éclats plus ou moins considérables. Or, la coque, qui représente toujours la partie la plus dure du calcul, une fois rompue, le reste se briserait d'autant plus facilement, qu'en général les pierres les plus grosses, sont en même temps les moins dures.

Dans d'autres cas, on pourrait aussi remplacer les extrémités aiguës par des bords tranchants qui transformeraient le percuteur, en une sorte de cisaille, une pareille modification permettrait d'achever l'opération dans les cas de calculs qui ont une tige de bois d'ivoire, de corne pour noyau, ou dont le centre est formé par un corps métallique, circonstances qui ont embarrassé, plus d'une fois, le chirurgien, au moment où il se croyait arrivé au terme de son œuvre.

Tels sont les perfectionnements que je propose : fondés sur le raisonnement, il leur manque, sans doute, encore la sanction du temps et de l'expérience; mais en appelant l'attention de mes collègues sur cette partie de la lithotritie, j'aurai contribué au moins en quelque chose à l'agrandissement de l'art de guérir.

COMPTE-RENDU

DE LA

CLINIQUE CHIRURGICALE DU Dr SEUTIN A L'HOPITAL St-PIERRE,

PENDANT LE DERNIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1840;

Par le docteur PIGEOLET.

Pendant le dernier trimestre de l'année qui vient de s'écouler, deux cent et trente-six malades ont reçu des soins dans le service de chirurgie de l'hôpital St-Pierre de Bruxelles ; dans ce nombre figurent :

1° 100 hommes, parmi lesquels 26 étaient affectés de maladie syphilitique, 12 de gale.

2° 98 femmes, dans ce nombre on en comptait 55 atteintes de maladie syphilitique et 9 de gale.

3° 58 enfants, parmi eux il s'en trouvait 2 atteints de syphilis et 8 de gale.

Cinq femmes entrées à l'hôpital pour diverses maladies y firent leurs couches pendant leur séjour; l'une d'elles fût affectée de métrorrhagie après l'expulsion du fœtus, une autre n'expulsa ses secondines que 14 heures après la sortie du fœtus.

STATISTIQUE ET RÉPARTITION DES DIVERSES MALADIES (*).

Inflammation du tissu cellulaire.

Phlegmons (2).
1 de la main, 1 de la face (fluxion).
Abcès froids (5).
1 à la joue.
2 au cou.
1 dans le tissu cellulaire sus-pubien.
1 des membres.
Érysipèles phlegmoneux (4).
1 de l'avant-bras.
2 de la jambe (spontanés).
1 du pied (suite d'entorse).

Inflammation du tissu musculaire.

1 du psoas (suite d'efforts).

Inflammation du tissu glandulaire.

1 adénite de l'aisselle.
2 didymites. { 1 symptomatique. 1 traumatique.

Inflammation du système muqueux.

Ophthalmies (9).
1 catarrhale.
3 phlycténoïdes.
1 purulente.
4 scrofuleuses.
Kératites (5).
1 aiguë (par la présence d'un corps étranger).
3 chroniques.
Otite.
1 devenue chronique (abcès et carie du temporal).

Inflammation des membranes séreuses et synoviales.

Synovites (2)
1 aiguë du genou (suite de couches).

(*) Dans ce tableau ne figurent point les malades atteints de symptômes primitifs de la maladie vénérienne et traités dans les salles qui leur sont spécialement destinées; ils doivent former un cadre séparé.

1 rhumatismale du genou (suivie d'hydrarthrose avec formation de concrétion et fausses membranes).

Hydrocèles chroniques (4).

1 traité par l'injection de la teinture d'iode.
2 par la déchirure de la tunique vaginale par la pointe du trois-quart.
1 par la bougie à demeure.

Panaris (2).

1 du doigt annulaire (carie, chute de la phalangette).
1 des doigts médius et annulaire, envahissant la paume de la main.

Inflammation du système fibro-cartilagineux et osseux.

1 Omarthrocace.
1 Gonarthocace (section des tendons fléchisseurs de la jambe).

Podarthrocaces (2) dont

1 dans les os du tarse et du métatarse (carie, amputation).
1 dans l'extrémité des os de la jambe et le tarse (compression, mobilité de l'articulation).

Inflammation du système osseux.

1 Ostéite temporale (suite d'otite).
1 — du crâne (syphilitique).
1 — du nez (syphilitique).

de la colonne vertébrale (5).

1 dorsale (corps ou vertèbres gibbosité).
1 lombo-sacrée (abcès par congestion à l'aine gauche).
1 sacrée.

Hypérostoses.

2 du tibia.

Inflammation profonde ou circonscrite et perpendiculaire de la peau.

Anthrax (2).

1 au talon.
1 à la partie supérieure latérale droite du dos.

Gangrène (3)

2 de la peau (ulcère gangreneux de la jambe)
1 de la bouche chez un enfant.

Brûlure.

1 du coude-pied (au troisième degré).

Ulcères (12).

3 par cause locale (variqueux).
7 par cause interne.

Solutions de continuité. A. *Des parties molles. — Plaies.*

Par division (2).

1 des téguments de l'avant-bras.
1 des téguments du pouce droit et de son tendon extenseur.

Par rupture (5).

1 contuse du périnée avec rupture du canal de l'urèthre. Distension rupture des ligaments, entorse.
4 — du pied.

Par écrasement (5).

1 du doigt médius gauche.
1 de la main droite.
3 du pied.

Contusions (2).

2 de la poitrne.

Solutions de continuité. B. *Des parties dures. — Fractures.*

			Hommes.	Femmes.	Enfants.
FRACTURES	de la clavicule.		2	2	1
	du col de l'umérus. . . .				1
	de l'avant-bras	radius. .	1		
		cubitus. .			1
		composées .	3		
	du fémur	col . . .	1	3	
		corps. . .			2
	de la jambe	péroné. .	1		
		composées .	1	1	
	du pied.		1		

Déplacements. — Des parties molles.

Hernies.

1 crurale étranglée (taxis forcé).

Déplacements. — Des parties dures.

Luxations (2).

1 du maxillaire inférieur.

1 semi-luxation scapulo-humérale.

Déviations.

1 Extropion de la paupière supérieure de l'œil droit par cicatrices syphylitiques (blépharoplastie).

2 Ongles entrés dans les chairs.

Matière des sécrétions retenue et considérée comme corps étrangers.

Dans les voies urinaires.

1 calcul urinaire vésical (taille recto-vésicale).

Difformités.

Excès des parties (5).

1 du prépuce, phymosis, circoncision partielle spontanée, (excision).

1 Prolongement du frein de la langue.

1 Hyperthrophie des amygdales.

2 Hyperthrophies de la glande thyroïde (goîtres).

Coarctations (3).

1 du canal nasal (fistule lacrymale).

2 du canal de l'urèthre.

Coalitions (1).

1 Ankylose du fémur datant de quinze ans, rompue dans une chute, avec plaie des téguments, fusées purulentes et amputation.

Divisions (1).

1 de la commissure labiale droite suite d'un ulcère rongeant de la face-génioplastie.

Déviations (3).

1 pied-bot, varices du pied droit ; section du tendon d'Achille du tendon du muscle jambier antérieur et de l'aponévrose plantaire.

2 courbures de l'épine.

Dilatation des veines.

1 dilatation variqueuse des membres inférieurs, pendant la grossesse.

1 dilatation variqueuse des jambes suite de plusieurs grossesses.

Tumeurs érectiles.

1 veineuse de la lèvre inférieure.

1 artérielle de la poitrine (nœvus maternus).

Productions morbides.

Polypes des fosses nasales.
3 muqueux (dont 1 récidive).
Fongus.
1 de l'aponévrose jambière.
3 de la membrane médullaire des os (spina-ventosa).
1 Spina-ventosa, variété ostéo-stéatomateuse.
Kystes.
1 de la joue } méliceris.
1 de la fesse }
Squirrhes.
1 du sein.
1 de la langue.
1 du col de la matrice.

Maladies de la peau.

I. Vésicules.
2 Exzema { 1 simplex.
1 rubrum.
29 Gales.
II. Bulles.
1 Rupia simplex.
III. Pustules.
3 Porrigo.
IV. Papules.
1 Prurigo.
V. Squammes.
1 Psoriasis annulata.
2 Psoriasis dorsalis (gale des boulangers).
VI. Purpura hemorrhagica 1.
VII. Syphilides.
2 pustuleuses { Psydraciée 1.
Ectyma 2.

3 tuberculeuses

Je n'ai que quelques mots à dire sur la première classe des inflammations et concernant la thérapeutique des abcès froids qui se sont présentés à l'hôpital, pendant le trimestre ; l'usage de l'hydriodate de potasse, quelquefois employé conjointement avec l'huile de morue (oleum jecoris aselli), a été d'un excellent effet et très-marqué, surtout lorsque la diathèse scrofuleuse était bien établie.

Nous le donnons habituellement, dans le principe, à la dose de 3 grains

par jour, dans quelques onces d'eau distillée; on augmente progressivement cette quantité d'un grain par jour; elle est portée tant qu'il y a tolérance, jusqu'à 50, 70, 90 grains et plus; et quand l'estomac paraît s'en fatiguer, ce que l'on reconnaît au dégoût du malade pour ce médicament ou à la production de nausées, on en diminue la dose, on la reporte à 10 ou 15 grains, pour augmenter de nouveau et d'un grain tous les jours.

L'usage de ce médicament détermine, le plus souvent, un fort appétit; on prescrit, en même temps, les viandes solides et nourrissantes, et il arrive qu'en très-peu de temps on obtient, de cette manière, une grande amélioration dans l'état général des individus scrofuleux.

Nous avons eu l'occasion d'observer une maladie peu commune, l'inflammation du muscle psoas, survenue chez une jeune fille de 12 ans, à la suite d'une déchirure des fibres de ce muscle, déterminée du côté droit pendant les efforts qu'elle fit pour soulever un fardeau.

Quoique sortie de l'hôpital pendant la durée de son traitement, à cause des exigeances de sa mère, j'ai pu m'assurer, depuis lors, de l'efficacité des moyens mis en usage chez elle, les antiphlogistiques et les calmants. Il est rare que cette maladie se présente dans cet état de simplicité; on la rencontre plus souvent comme conséquence de la fusion du pus le long de la gaîne aponévrotique de ce muscle, pus provenant de la carie des vertèbres voisines de son attache supérieure et venant former à l'aine un abcès par congestion. Cette maladie que l'on pourrait confondre avec celles de l'articulation ilio-fémorale, a pour caractères : une douleur occupant toute la région du muscle et se faisant sentir plus particulièrement vers la partie supérieure de la cuisse du côté malade, il y a réaction; l'abdomen présente un gonflement dans cette région, appréciable à la vue et le toucher peut le constater plus facilement en déterminant toutefois une forte douleur; il existe une flexion plus ou moins prononcée de la cuisse sur le bassin, qui détermine la claudication et dans la marche, lorsque le malade appuyant sur le membre sain veut porter le corps en avant, il le fait par un mouvement de totalité du corps, en relevant le tronc incliné et faisant supporter une grande partie de l'effort nécessaire à la production de cet effet, à la masse musculaire de la partie postérieure et inférieure du tronc; la flexion de la cuisse sur le bassin est permanente, et les efforts pour porter le membre en sens contraire, ne parviennent point à l'effacer, de sorte que le malade, couché sur un plan uni, dans la supination, offre une cambrure des reins d'autant plus prononcée que la partie postérieure du genou du côté malade est portée davantage vers la surface du plan par les tentatives du chirurgien, de manière à ce que l'axe de la cuisse forme toujours un angle presque égal avec celui du bassin quelle que soit la position qu'on donne au membre inférieur; les commémoratifs viennent en outre indiquer à l'homme de l'art si l'affection musculaire qui fait le sujet de son examen, est aiguë, ou si elle dépend d'une maladie antérieure et plus ancienne.

Plusieurs personnes portant des hydrocèles ont été soumis à notre observation; ces maladies ayant été traitées par des procédés différents, il sera intéressant de faire connaître quelques-unes des particularités qui les concernent.

M. N.... entra le 27 octobre 1840, à l'hôpital avec une hydrocèle volumi-

neuse du côté gauche et qu'il portait depuis 1835 ; son affection était survenue sans cause appréciable ; elle avait fait des progrès rapides dans les premiers temps, puis continuant à se développer plus lentement, elle était parvenue à produire une telle ampleur des bourses, que la peau de la verge était en grande partie employée à fournir à leur enveloppe. On résolut, aux instances du malade, de pratiquer la cure radicale ; la ponction de la tunique vaginale par le trois-quart, donna lieu à l'évacuation d'environ 8 à 10 onces de sérosité. Au lieu de faire usage d'eau pour étendre la teinture d'iode, l'opérateur se servit de la sérosité et en employa environ cinq onces contenant trois gros d'iode, qu'il injecta à deux reprises par la canule du trois-quart maintenue en place. Soit à cause de l'épaisseur des téguments des bourses chez cette personne jouissant d'un fort embonpoint, soit par le retrait du testicule et de sa tunique, portés en haut par le crémaster, soit enfin que la canule ait été poussée hors de la poche après qu'une partie du liquide y eut été introduite, malgré les précautions les plus minutieuses, le liquide injecté était passé dans le tissu cellulaire presqu'en totalité ; on fit sur-le-champ plusieurs mouchetures profondes dans le scrotum, et l'on exprima une partie du liquide par la compression ; on établit en permanence un bandage légèrement compressif ; on prescrivit l'application des topiques froids, la diète et le repos absolu. Il n'y eut point de fièvre à la suite de cette opération ; un peu d'œdème se manifesta les jours suivants au périnée, au Mont de Vénus et au scrotum, une eschare peu étendue de tissu cellulaire se sépara facilement, et dès-lors les choses marchèrent vers la guérison, et la peau resta complétement intacte.

En rapprochant les principaux points de cette observation, d'un autre fait survenu, il y a quelques années, dans le service de M. le docteur Seutin, on peut en tirer des conséquences bien instructives : un homme se présenta à la clinique chirurgicale, avec une hydrocèle très-volumineuse, M. Seutin était occupé à faire le diagnostic différentiel des tumeurs du scrotum, il imprimait des secousses à la partie malade reposant dans la paume de la main droite et légèrement soulevée, en disant que l'impulsion en haut donnée à la tumeur ainsi placée sur la main, était suivie d'une sensation d'affaissement assez prononcée, par la présence du liquide dans la tunique vaginale, pour donner au chirurgien un peu habitué la preuve de son existence ; tandis que dans le sarcocèle le diamètre latéral de la tumeur ne s'amplifiant point par le même mouvement, son élévation ne donnait pas lieu à la même sensation, et que sans recourir aux autres signes caractéristiques de cette affection, l'habitude d'apprécier cette circonstance pouvait, presque toujours, donner la certitude de l'existence de l'hydrocèle.

Tout en produisant cet effet, l'affaissement même de la tumeur vint déterminer la rupture de la tunique vaginale et sur-le-champ la tumeur changea de nature ; la sérosité était passée en totalité dans le tissu cellulaire ; le scrotum avait perdu sa tension sans être diminué de volume ; il était affaissé, mou, et sa couleur pâle, sillonnée de quelques veinules, se transforma subitement en une teinte bleue assez foncée. On pratiqua aussitôt de nombreuses mouchetures comprenant toute l'épaisseur du tissu cellulaire et l'on fit mettre le malade au lit. Malgré toutes les précautions qui furent prises, on ne put éviter la gangrène de toute l'épaisseur d'une

forte partie du scrotum, les testicules furent mis à nu, et le patient resta longtemps à se remettre des accidents qui en furent la suite.

Il résulte de ces deux observations :

1° Que dans un cas la sérosité de la tunique vaginale introduite dans le tissu cellulaire du scrotum, a produit des accidents graves ;

2° Que dans un autre cas, la même sérosité mélangée avec de la teinture d'iode, également introduite dans le tissu cellulaire du scrotum produisit à peine quelques phénomènes insolites ;

3° Qu'il est à présumer que l'innocuité du liquide dans le second cas était due à la présence de la teinture d'iode ;

4° Qu'il ne serait nullement étonnant que la teinture d'iode ne produirait, injectée dans le tissu cellulaire, aucun accident grave ;

5° Que par conséquent la teinture d'iode doit être préférée à tout autre liquide, quand on se propose de déterminer par l'injection la cure radicale de l'hydrocèle ou de tout autre kyste, attendu qu'il ne détermine point d'accidents graves par son passage dans le tissu cellulaire.

D'autres procédés sont quelquefois mis en usage par M. le docteur Seutin pour produire la cure radicale de l'hydrocèle. C'est ainsi que dans deux cas de cette maladie où il voulait déterminer l'adhérence de la séreuse, il plaça chez l'un une bougie dans la tunique vaginale, introduite par l'ouverture du trois-quart, pour que ce corps étranger y déterminât, par sa présence, l'inflammation adhésive nécessaire à la cure radicale, et chez l'autre il scarifia la membrane par la pointe de l'instrument introduite dans la tunique. Me proposant de revenir plus tard sur les suites de ces deux opérations et les phénomènes dont elles furent accompagnées, je me réserve d'entrer alors aussi dans quelques détails sur le manuel opératoire.

Je vais citer maintenant une hydrarthrose du genou droit, d'un volume assez fort, survenue à la suite de dispositions rhumatismales qui avaient déterminé la formation de deux concrétions volumineuses sur les côtés du tendon inférieur du muscle droit antérieur de la cuisse.

La femme qui fait le sujet de cette observation, présentait, dans le genou droit, à son entrée à l'hôpital, une circonférence de 0,47 millim., tandis que le genou opposé n'en avait que 0,37, dans la même direction. On retira par deux ponctions sous-cutanées, pratiquées le même jour, environ 10 onces de synovie très-fluide, et cette opération diminua de 0,07 millim. seulement la circonférence de la partie, des flocons vinrent oblitérer l'orifice de la canule du trois-quart, et empêchèrent ainsi l'évacuation complète du fluide.

C'est après le retrait des parties seulement qu'on put constater la présence de deux corps concrets, sur les côtés du ligament du muscle droit antérieur, dans l'articulation. On établit une forte compression sur la partie par un bandage amidonné, et l'on prescrivit le repos au lit. La ponction de cette articulation, par la méthode sous-cutanée, ne fut point suivie du moindre accident. La malade n'eut rien à changer à son régime, et il ne s'établit point le plus léger mouvement fébrile.

Je ne puis passer sous silence les effets merveilleux du bandage amidonné dans les cas de synovite ; cette maladie s'est présentée quelquefois au genou chez les femmes en couches, à la suite de la suppression des

lochies ; j'ai eu l'occasion d'en revoir une il y a quelque temps chez laquelle la maladie avait été portée jusqu'à la suppuration, il y a cinq ans, dans le genou droit et qui pouvait se servir actuellement de son membre comme s'il n'y fût point survenu d'accident. Il en est une, encore aujourd'hui dans les salles de chirurgie à l'hôpital, qui fut atteinte de synovite au genou gauche à la suite de ses couches ; cette articulation acquit jusqu'à 0,40 millim. de circonférence et elle revint successivement à 0,38, 37 ; elle est aujourd'hui à 0,35 mill. deux de plus que du côté opposé.

Nous avons plusieurs motifs pour faire usage du bandage amidonné dans les cas de cette espèce :

1° En comprimant, non-seulement il empêche l'accès dans le membre à une nouvelle quantité de fluide, mais il détermine l'absorption, comme le prouve le trop d'ampleur du bandage après quelques jours d'application ; il agit donc comme antiphlogistique et ses effets sont quelquefois si rapides et si prononcés qu'on ne peut point se refuser à leur évidence.

2° En rendant immobile l'articulation malade, il permet au patient de se mouvoir, de se lever et lorsqu'il y a suppuration de supporter les pansements avec facilité ; car il n'est personne qui ne sache que la douleur dans ces maladies est un symptôme bien fréquent et des plus fâcheux, la douleur épuise les malades en les privant de repos et en mettant obstacle au moindre mouvement elle détermine des eschares sur les points comprimés etc.

3° Le lendemain, au plus tard après l'application de cet appareil, le malade peut se mouvoir, se lever, les fonctions ne sont plus entravées par la douleur et l'immobilité.

Pendant les trois mois qui viennent de s'écouler, nous avons pu constater plusieurs faits intéressants de guérison d'ostéites syphilitiques, par l'usage de l'hydriodate de potasse. Parmi les personnes atteintes de ce symptôme de syphilis constitutionnelle, l'une des plus remarquables est M.. C... couturière née à Bruxelles, âgée de 29 ans; dans l'hôpital depuis le mois de mars 1841 pour des ulcères syphilitiques du front avec nécrose et carie du frontal et du pariétal gauche, qui avaient produit plusieurs pertes de substance très-larges. Elle avait subi déjà plusieurs traitements et ce n'est que sous l'influence de l'hydriodate de potasse qu'une amélioration commença à se manifester tant dans les ulcères que dans son état général. Elle est aujourd'hui complétement guérie et remplit les fonctions d'infirmière dans l'hôpital. —L.. D.., âgée de 33 ans, couturière, a vu commencer par des ulcérations de la lèvre un ulcère syphilitique qui a envahi une portion de la moitié droite de la face et détruit en partie les os propres du nez ; elle a subi successivement des traitements variés et prescrits par plusieurs hommes de l'art : c'est seulement quand elle fut sous l'empire de l'hydriodate de potasse qu'elle vit son mal s'amender et ses souffrances s'amoindrir ; aujourd'hui la cicatrisation est presque complète à part les traces de quelques tubercules ramollis qui ne sont point encore cicatrisés, il n'existe plus rien de la maladie.

Parmi les solutions de continuité des parties molles que nous eûmes à traiter, il y en eût une qui offrit des particularités qui méritent d'être signalées en première ligne, moins toutefois sous le rapport de la lésion que sous celui de la thérapeutique, qui fût suivie d'un bien beau résultat : Un homme

placé en face d'une fenêtre, vit, de l'intérieur de la maison, un enfant qu'une voiture était sur le point d'écraser; un mouvement instinctif lui fit porter les bras en avant et, en brisant le verre d'un carreau, il s'ouvrit les téguments de la face dorsale du pouce droit, un peu plus haut que le point d'articulation de la phalange avec l'os du métacarpe. La solution comprenait non-seulement la peau et le tissu cellulaire, mais encore toute l'épaisseur du tendon du muscle extenseur du pouce. Lorsque le malade vint à l'hôpital, environ une heure après l'accident, on voyait encore dans la plaie l'extrémité du bout inférieur du tendon, mais le supérieur était remonté et il fallut faire une légère incision perpendiculaire à l'autre et sur le trajet du tendon pour aller à sa recherche; on le trouva à quelques lignes plus haut et on l'amena; on porta ensuite le pouce dans une forte extension, on rapprocha les deux bouts du tendon divisé et on les tint en contact par une ligature de fil, simple, ciré, laquelle traversait toute leur épaisseur à une ligne environ de leur extrémité, on maintint le pouce dans l'extension forcée pendant une quinzaine de jours au moyen d'un bandage amidonné; à cette époque lorsqu'on défit l'appareil la plaie ne présentait plus d'autres traces qu'une cicatrice et tous les mouvements du pouce étaient conservés.

Ce n'est point le premier résultat de ce genre obtenu par M. Seutin; il lui arriva, plusieurs fois, de déterminer la réunion de tendons divisés par des plaies aussi irrégulières que celles produites par des éclats de verre, en maintenant en contact par une ligature les bouts des tendons divisés. Ce fait doit être constamment présent à la mémoire des praticiens car il est certains mouvements des membres que l'on peut conserver par des précautions et des soins dans la thérapeutique des plaies, et que l'on croit quelquefois inutile de prendre à cause du petit nombre de chances heureuses qu'elles paraissent présenter.

Pendant les trois derniers mois de l'année qui vient de s'écouler 21 fractures se sont présentées à notre observation; trois des personnes atteintes de cette affection ne sont point entrées à l'hôpital elles venaient tout simplement s y montrer et se faire panser tous les 8 jours.

Il est très-commun actuellement qu'un malade atteint de fracture ne demande point à rester à l'hôpital; lorsque la maladie a son siége à quelqu'os du membre supérieur, il n'y a point d'inconvénient à renvoyer le patient chez lui, s'il peut s'y nourrir pendant tout le temps que son bras doit rester en repos pour assurer la formation du cal; on pourrait même avancer avec la certitude de ne point se tromper que la consolidation doit avoir lieu bien plus promptement lorsque le malade est à l'abri des nombreux accidents qui résultent du séjour dans les salles et qui se rapportent à la présence des miasmes répandus dans l'atmosphère de ces lieux et à l'ennui qu'il arrive à certaines personnes d'éprouver par un séjour prolongé à l'hôpital.

L'un des os qui a été fracturé le plus souvent, c'est la clavicule, car nous avons eu à traiter cinq personnes atteintes de cette fracture. L'une de ces fractures avait eu lieu par cause directe, c'était chez un marbrier qui portait sur l'épaule une tranche de marbre. Trois des personnes chez lesquelles survint cet accident ne voulurent point entrer à l'hôpital, car elles ne se trouvaient pas dans une indigence absolue; elles retournèrent chez elles après leur pansement et revinrent se montrer à la consultation tous les 8 jours.

On peut d'autant plus facilement en agir ainsi avec les fractures de clavicule que depuis que l'on a ajouté l'usage de l'amidon à l'emploi de l'appareil de Desault, c'est non-seulement un des plus faciles à appliquer, mais aussi l'un de ceux qui peuvent rester le plus longtemps en place sans être dérangé.

La fracture par cause directe, survenue chez le marbrier dont j'ai fait mention plus haut, était simple et complétement transversale; elle siégeait à l'union du tiers moyen de l'os avec le tiers externe; cette direction n'empêcha pas le déplacement de s'effectuer et malgré toutes les précautions le fragment interne fit saillie en avant. Les autres fractures du même os étaient plus ou moins obliques et elles offraient cependant, malgré cette circonstance, un déplacement beaucoup moindre.

Parmi nos fractures celles qui méritent encore une mention particulière, ce sont celles du fémur dont nous en avons eu six, quatre du cal de l'os et deux du corps et il est à noter que des quatre premières trois avaient lieu chez des femmes et que les deux fractures du corps de l'os se recontraient chez des enfants.

L'une des fractures composées de la jambe mérite une place dans notre description par les phénomènes qui en furent la suite, elle eut lieu à la suite de coups de pied d'un homme portés directement sur la partie.

Pendeville J.-B., âgé de 43 ans, n'ayant jamais eu aucun accident qui pût faire croire à l'existence chez lui d'un état particulier des os, fut assailli en plein jour par deux individus qui le rouèrent de coups et continuèrent à le frapper aux jambes lorsqu'il était déjà sans connaissance; il fut apporté à l'hôpital, le même jour, et l'on ne découvrit, pour lors, qu'une fracture composée, et sans complication, de la jambe droite, occupant le tiers inférieur du membre. Huit jours après l'accident il se manifesta un abcès à la partie interne de la jambe au niveau de la fracture. Un bandage bivalve fut établi dans le principe, puis un second fendu. Dans le commencement du mois d'août une esquille de la longueur de 3 centimètres fut extraite par l'ouverture qui existait en regard de la fracture; elle provenait du fragment inférieur, avait été formée aux dépens de la face et du bord antérieurs du tibia et donnait la direction du bord de la fracture; dans le courant d'octobre on fit l'extraction d'une seconde esquille de 15 centimètres de longueur, répondant également au bord et à la face antérieure du tibia dans son fragment supérieur, et donnant aussi le bord fracturé qui était oblique de haut en bas et de dehors en dedans; dans le mois de décembre on fit de nouveau l'extraction de deux petites esquilles. Le travail nécessaire à la consolidation, à la formation des esquilles et à la réparation de la perte de substance qu'elles occasionnèrent, fut entravé à plusieurs reprises par la formation d'érysipèles phlegmoneux et certainement plusieurs fois la question d'en venir à l'amputation du membre eut été mise en avant si l'usage du bandage amidonné ne nous eut offert un sûr garant et un secours utile et efficace contre la foule d'accidents qui se manifestèrent chez ce malheureux; il put sortir presque tous les jours de son lit, grâces aux effets du bandage amidonné et il présente aujourd'hui un modèle d'embonpoint et de santé; sa jambe couverte de cicatrices est en assez bon état

et le mouvement si longtemps interrompu est complet dans le genou et commence à se rétablir dans les articulations du pied.

Comme je ne dois pas me borner à mentionner nos succès et ne voulant point induire en erreur sur les bornes de l'efficacité des moyens mis en usage en cas semblable, je dois dire qu'une autre fracture comminutive de la jambe chez un jeune homme, en traitement, à la même époque, à l'hôpital St-Jean, lorsque M. Seutin y dirigea, momentanément, le service, n'eut pas le bonheur d'être menée à aussi bonne fin par le bandage amidonné ; l'étendue des foyers purulents déterminés par l'érysipèle phlegmoneux occasionna la résorption purulente à laquelle le malade succomba.

Je dois citer encore une fracture des os du métatarse qui fut méconnue pendant la vie et avait déterminé un érysipèle phlegmoneux du coude-pied :

D. J. âgé de 35 ans, né à Hal, garçon de magasin chez un commerçant en épiceries, d'une forte constitution, d'un tempérament nerveux, tomba, ayant manqué une marche en tournant légèrement le pied droit en dedans; il ressentit à l'instant de sa chute une forte douleur qui ne persista point ; il put même marcher et continuer son ouvrage. Le soir son pied se gonfla et un mouvement fébrile se déclara ; il voulut se remettre au travail le lendemain, mais, malgré la meilleure volonté, la douleur qu'il éprouvait dans le pied et la gène qu'il ressentait en marchant y mirent obstacle et il dut discontinuer. Il se rendit alors chez le médecin des pauvres qui lui conseilla d'entrer à l'hôpital, où il ne vint cependant que le quatrième jour après sa chute. Le 21 novembre au matin l'examen des parties nous donna un gonflement très-prononcé du coude-pied avec rougeur à la peau, s'étendant jusqu'au bas de la jambe et à la naissance des orteils; une forte chaleur existait dans cette partie; le pouls ne donnait alors que 70 pulsations par minute ; la rémission était évidente car une fièvre assez forte avait duré toute la nuit et la partie malade avait été le siége de douleurs pulsatives. L'ouverture de la tumeur donna lieu à un écoulement d'une petite quantité de pus séreux sanguinolent, situé profondément et paraissant provenir du voisinage des articulations du métatarse, néanmoins l'introduction du stylet ne permit point d'apprécier la part qu'avait prise à la maladie le système osseux et l'on ne trouva point d'os mis à nu. On prescrivit le repos, la diète et un électuaire purgatif.

Nous revîmes le malade le lendemain ; il était dans un état d'agitation nerveuse très-prononcé ; le délire n'avait point discontinué un seul instant dans la nuit, avec loquacité; la source de la suppuration était tarie et le pansement ne lui faisait éprouver qu'une sorte de chatouillement auquel il se montrait très-sensible ; on prescrivit des topiques excitants, le pansement au basilicum, on lui donna une potion laudanisée, un lavement calmant et la diète.

Le 23 au matin son état n'offrait aucune amélioration, cependant on ne crut point devoir rien changer aux prescriptions de la veille en se réservant toutefois d'agir le soir si les symptômes persistaient avec une apparence de réaction.

Le soir à 7 heures son pouls était vibrant quoiqu'il n'offrit pas un bien fort développement ; le délire était assez prononcé avec agitation, plus intense que d'ordinaire ; il parlait en gesticulant. Nous attribuâmes une par-

tie de ces phénomènes à l'habitude du malade de faire avec excès usage de boissons alcooliques, renseignements donnés par sa propre femme; nous jugeâmes la saignée nécessaire; elle fut pratiquée, assez abondante, à l'artère temporale et le malade s'assoupit peu à peu et s'endormit à mesure que le sang s'écoulait de l'artère. La plaie du pied était toujours aride et ne produisant plus qu'une bien petite quantité de sanie. On avait administré deux lavements laudanisés durant la journée on en donna le soir un troisième.

Le sommeil se prolongea pendant quelques heures après la saignée; puis il survint de nouveau du délire mais plus tranquille que précédemment, le pouls s'affaiblit en prenant plus d'amélioration, le coma s'établit bientôt et le malade succomba en quelques heures couvert d'une transpiration froide.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

L'*extérieur* nous montre un homme très-fort et d'une bonne constitution; on ne remarque à la peau que la coloration qui est le résultat habituel de l'hypostase du sang dans le point déclive.

Dans le crâne toutes les parties du cerveau offrent un état physiologique en couleur et en consistance; les sinus peu gorgés laissent écouler un sang plus fluide qu'à l'état normal et d'une couleur très-foncée.

Dans la poitrine les poumons sont bien marbrés, sains et crépitants, un peu de sérosité seulement dans les plèvres et dans le péricarde dont la couleur est tout à fait naturelle. Le cœur présente une couleur plus foncée, brune, quoique d'un volume ordinaire, son tissu se laisse déchirer avec beaucoup de facilité, il est ramolli; sa membrane interne est fortement injectée, et l'on peut suivre les traces de cette injection à quelques pouces de hauteur dans l'artère aorte; avant d'arriver à la courbure cette injection diminue peu à peu et cesse bientôt complétement et la membrane interne de l'artère paraît être naturelle.

Dans l'abdomen il n'y a que la rate et le foie qui méritent de fixer notre attention, la rate présente un état tout à fait anormal, sa substance ramollie n'offre plus aucune résistance ni apparence de texture; d'un volume triple elle semble être une masse de sang noir semi-fluide contenu dans une poche et se rendant à l'estomac par des vaisseaux élargis. Le foie est moins résistant mais sa structure est bien conservée, il n'est pas plus volumineux et n'offre pas de traces d'engorgement.

Le pied fut l'objet d'un examen attentif, le premier et le deuxième cunéiforme présentaient une lésion de continuité, c'était une fracture en quelques petits éclats dans l'étendue d'une ligne et demie, occupant la partie supérieure de la face postérieure de ces deux os. Leur articulation avec le scaphoïde était ouverte et communiquait avec le foyer principal.

Si la cause première, des accidents observés chez cet homme existe dans la lésion du pied, il ne peut y avoir aucun doute qu'un état général ne soit venu leur donner une expression particulière et déterminer les accidents fâcheux qui se sont succédés chez lui. J'ai donc cité cette observation non-seulement pour la lésion rare des cunéiformes qu'elle présente, mais pour d'autres phénomènes qui ne sont pas moins dignes d'attention; il est curieux en effet de rapprocher l'état du cœur chez cet homme et celui de la rate, des phénomènes nerveux qu'il présenta dans les derniers jours de sa vie et de son habitude de se livrer à l'usage des boissons alcooliques.

Je ne puis point terminer l'article que je viens de consacrer aux fractures, sans faire mention d'un cas de fausse articulation, établie dans l'avant-bras par l'usage intempestif de ce membre à la suite d'une fracture composée.

H. C. âgé de 28 ans né à Malines, domestique, eût le bras pris entre un mur et une voiture le 2 août 1840; il en résulta une fracture composée avec contusion de la main. Il vint à l'hôpital se confier à nos soins, on l'engagea à y demeurer quelques jours, jusqu'après l'époque des accidents primitifs. Il n'y séjourna que quinze jours et sortit avec son bandage amidonné. Il revint deux ou trois fois à l'hôpital pendant la quinzaine suivante, tout paraissait devoir nous mettre dans une sécurité parfaite; un mois plus tard lorsqu'il revint encore le bandage fût enlevé et comme le membre semblait être bien rétabli et solide on le laissa en liberté. Lorsque le malade voulut faire usage de son bras pour reprendre son ouvrage, il s'aperçut qu'il n'y avait pas de consolidation; il resta longtemps chez lui sans appareil et ce ne fut qu'au commencement du mois de novembre qu'il se résolut à venir nous le montrer de nouveau. Malgré l'absence de crépitation il ne fut pas difficile de constater la non-consolidation, la mobilité était évidente. On fit l'application d'un bandage amidonné bien approprié au membre, on plaça le bras dans un suspensoir en cuir afin de faire observer au patient le repos le plus complet dans cette partie et on prescrivit un régime tonique. On lui donna le conseil de rester en ville et de se livrer souvent à la promenade, il embrassa, pendant trois semaines, l'état de commissionnaire et vint nous revoir après ce laps de temps; il avait une kératite ulcéreuse de l'œil droit, cette circonstance qui était survenue pendant que le malade se trouvait sous l'influence d'un régime fortifiant nous détermina à le recevoir à l'hôpital le 9 décembre pour le soumettre à un traitement plus régulier et mieux suivi; il fût soumis en entrant à l'usage de l'hydriodate de potasse.

L'examen du membre le 25 décembre prouva que le cal avait acquis plus de solidité.

Quand même le commencement d'ophthalmie scrofuleuse, qui se déclara chez cet homme, ne serait point venue nous démontrer l'existence d'une diathèse défavorable à la cicatrisation, nous ne pourrions attribuer au bandage le défaut de consolidation survenue dans ce cas, car il est bien prouvé que le malade se servit de son bras avant que le cal eut acquis toute la solidité nécessaire. Ne voyons nous pas d'ailleurs le travail de la consolidation s'établir sous l'influence de certains médicaments et le membre étant enveloppé d'un bandage amidonné (1)? Nous devons donc conclure, comme nous l'avons fait toujours, comme beaucoup d'autres chirurgiens l'ont fait également, que le bandage amidonné est un moyen réellement bon dans les fausses articulations résultat de fractures non-consolidées et qu'il mérite

(1) Le second bandage s'étend jusqu'au-dessus du coude; le premier ne le dépasait pas; circonstance à remarquer, car le bandage qui ne comprend que l'avant-bras n'empêchant pas complétement le mouvement de pronation et de supination on conçoit qu'alors la formation du cal puisse quelquefois être entravée dans son cours.

d'autant plus nos louanges qu'on n'avait, jusqu'à ce jour, que des opérations assez graves et difficiles à opposer à cette infirmité.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

RAPPORT TRIMESTRIEL DE L'HOPITAL MILITAIRE DE NAMUR.

DEUXIÈME SEMESTRE 1841.

Médecin principal, M. le docteur FALLOT.

JUILLET.

Le mois de juillet fut un des mois d'été les plus pluvieux dont on ait conservé le souvenir; il ne se passa pas un jour sans qu'il tombât de l'eau, et presque toujours en grande abondance, il éclata, de temps à autre, de violentes tempêtes et de désastreux orages accompagnés, quelquefois, de tonnerre et de grêle. Les vents furent, en général, impétueux, âpres, soufflant de la direction du nord et de l'ouest. — La moyenne du baromètre fut de 28 pouces, et celle du thermomètre de 17 degrés.

Malgré l'inclémence de la saison et la continuité à la fois, si insolite et si calamiteuse du mauvais temps, nous reçûmes peu de malades, et à l'exception d'un tout petit nombre, qui vont être spécialement indiqués, ils furent tous légèrement attaqués. La forme dominante des maladies fut l'angine tonsillaire, quelquefois simple et se laissant aisément maîtriser par le repos, la tiédeur du lit et le saupoudrement des amygdales avec le sulfate d'alumine, quelquefois couenneuses, plus opiniâtres et exigeant la cautérisation; il s'en présenta une dans laquelle nous eûmes plusieurs des symptômes du croup, elle était compliquée de fièvre muqueuse. Le malade est en pleine convalescence aujourd'hui, 1er *août*. On trouvera son histoire sous le n° 1.

Nous eûmes aussi une fièvre typhoïde grave à traiter. Les symptômes d'engouement pulmonaire y furent surtout alarmants; cependant la marche qu'elle a prise me fait espérer une heureuse terminaison.

Enfin, il nous est arrivé un chasseur, porteur d'une péritonite aiguë, survenue à la suite d'une chute faite avec son cheval, et accompagnée de symp-

tômes peu communs dans cette maladie; on trouvera son histoire sous le n° 2.

Mais si du côté des maladies dites *internes*, nous n'eûmes aucun souci à concevoir, il n'en fut pas de même pour l'ophthalmie. Jamais depuis 1832, même pendant l'existence de notre dépôt d'ophthalmiques, nous ne vîmes entrer à l'hôpital un aussi grand nombre de blennophthalmiques aussi graves, tous à l'exception d'un seul appartenant au 2e régiment de chasseurs à cheval, provenaient de la division des granulés du 9e régiment d'infanterie, et c'est par une seule des deux sections dont cette division était composée que 8 sur 9 furent fournis.—Il me semblait rationel, d'après cela, de conclure qu'il existait dans le local occupé par cette section, des causes, qui, pour ne pas être appréciables, n'avaient pas moins leur réalité, et je proposai, en conséquence, à M. le médecin de régiment, Loiseau, de la faire évacuer, de changer les fournitures et de substituer des lits en fer à ceux en bois qui y étaient en usage. — La proposition fut accueillie, la translation opérée, et depuis ce moment jusqu'au 31 du mois, cette section ne nous a plus fourni qu'une seule blennophthalmie grave, encore se déclara-t-elle soudain, chez un individu arrivé seulement de la veille, de la compagnie de discipline à Dinant: mais l'espoir que nous avions fondé sur cette communité de vingt et quelques jours, fut alors déçu par l'arrivée de deux blennophthalmies de la plus grande gravité, l'autre section, quoiqu'aussi nombreuse continuait à en être complétement exempte. Si donc, dans celles de ces sections où la blennophthalmie a fait une si fréquente apparition, il existait, ce qui est plus que probable, quelques circonstances particulièrement favorables à son développement, ce n'est pas dans le logement, ou dans les pièces de couchage qu'il serait permis de la chercher. — Il faut remarquer que dans le régiment, aucun cas d'ophthalmie n'a été observé, quoique le service de la garnison soit pénible et que malgré le mauvais temps, les prises d'armes aient été, à bien peu de choses près, aussi fréquentes que les autres années à la même époque. Ce qui pourrait mettre sur la voie de la découverte des causes de la résurrection si inattendue du fléau, c'est qu'elle a frappé exclusivement ceux chez qui les granulations étaient grosses, anciennes et réfractaires, et qu'elle s'est montrée surtout rebelle chez ceux qui étaient affectés de cachexie, ou dont la constitution était altérée par des maladies ou des excès.

C'est ainsi que le seul individu qui jusqu'à présent soit menacé de perdre la vue, portait depuis longtemps des ulcères dartreux aux deux jambes.

AOUT.

Pendant les dix premiers jours du mois d'août, la pluie continua à tomber avec abondance, et reparut par intervalle, pendant toute sa durée. — Le 22, il éclata un fort orage, le 24 et le 31, plus modéré, nous eûmes aussi quelques jours de brouillards. La moyenne du thermomètre fut de 15 degrés, celle du baromètre de 28 pouces.

Les maladies furent comme le mois passé, en petit nombre, et leurs affections bénignes; la convalescence du typhisé dont il est question dans les notes du mois d'août, marcha avec rapidité, son histoire est rapportée sous le n° 3.

L'épidémie ophthalmique continue sa marche et ses ravages, en se renfermant toujours dans la division des granulés du 9e régiment de ligne, tout au rebours de ce qui s'observe généralement pendant le cours d'une maladie épidémique, où les premiers qu'elle atteint sont le plus gravement attaqués. Ce fut parmi les derniers arrivés que les cas les plus graves se présentèrent. On aurait dit qu'épuisés par la résistance avec laquelle ils auraient longtemps évité ses coups, il ne leur restât plus aucune force quand fut arrivé le moment de la lutte. C'est qu'il ne faut pas oublier que la blennophthalmie s'attaque uniquement à ceux qui depuis longtemps étant déjà en proie à des conjonctivites granulaires et dont un grand nombre étaient déjà souffrants ou souffraient actuellement de *kératite chronique*.—C'est là aussi l'explication des accidents multipliés qu'elle laissa à sa suite. — Quant on consulte les inscriptions faites sur notre régistre, on voit qu'à l'entrée de ces ophthalmiques, plusieurs étaient déjà porteurs d'ulcères de différents degrés de surface et de profondeur, de ramollissements cornéens, de procidences iriennes. — Notre rôle se bornait, dans ce cas, à chercher à arrêter les progrès de la désorganisation, à la circonscrire sur le terrain dont déjà elle s'était emparée. Nous eûmes de tristes réflexions à faire sur l'impuissance de nos efforts, dans quelques cas; dans d'autres, sans en tirer grâce au ciel, aucune vanité, nous les vîmes couronnés d'un plein succès. Plusieurs moyens, dont, en d'autres circontances, les bons effets avaient été tellement évidents et sûrs que nous les avions considérés et recommandés au-dessus de tous les autres, les saignées coup sur coup ne justifièrent pas la réputation que d'autres avec nous leur ont faite. — Il en fut de même des pommades antiophthalmiques déposées sous les paupières, étendues par une patiente friction autour de l'œil. Elles parurent plus efficacs. Les fomentations froides ne furent employées aussi qu'avec des succès variables.—L'instillation du laudanum, le plus souvent pur, quelquefois mêlé à un collyre saturé de plomb, ou de l'eau de laurier-cerise, nous fut d'un immense secours; mais le moyen qui l'emporta constamment sur tous, fut la cautérisation au nitrate d'argent, pourvu que le malade possédât assez de résolution pour s'y soumettre chaque jour, jusqu'au tarissement de la sécrétion purulente. — Dans des cas moins graves où la douleur de l'attouchement était moins violente, les malades ne la craignaient pas autant; nous avons de même pu constater la nécessité de soutenir les effets de la cautérisation de la veille, par celle du lendemain et d'y revenir chaque fois qu'il se présentait quelque purulence. — Mais tout en le proclamant supérieur aux autres comme curatif dans les *blennophthalmies*, nous devons dire que comme préservatif il a perdu toute notre confiance, et qu'il a complétement déçu l'espoir que de ce chef nous fondions sur lui. — En effet, il ne nous est arrivé aucune *conjonctivo-kératite aiguë purulente* dont le porteur ne fût soumis au traitement des granulations par le caustique lunaire, au moment de son apparition s'il n'y a été soumis auparavant.

SEPTEMBRE.

Pendant les dix premiers jours, le temps fut variable, alternativement très-chaud et frais, fréquemment orageux, alors le vent remonta à l'est, et nous jouîmes de quelques jours de chaleur et de sécheresse.

Pendant la dernière décade, le ciel fut presque toujours couvert et pluvieux, les vents soufflèrent du sud-ouest; la moyenne thermométrique fut de 16 degrés, la barométrique de 28 pouces, la direction dominante des vents fut de sud et d'ouest.

Les maladies régnantes furent les flux de ventre, en général très-bénins; quelquefois ténesmoïdes et sanglants, presque toujours accompagnés de fièvre. — Ceux qui résistèrent à la diète, la chaleur du lit et le repos furent conjurés par les purgatifs salins; nous employâmes de préférence le sulfate de magnésie, depuis la dose d'une demi-once jusqu'à une once, dans une livre d'eau, en vingt-quatre heures.

Nous observâmes quelques fièvres intermittentes, toutes récidives contractées plus ou moins anciennement dans les pays pâludeux, compliquées de splénocèles, le sulfate de quinine donné de prime abord, guérit constamment à la fois, la fièvre et les tumeurs spléniques.

L'épidémie ophthalmique, cessa ou s'assoupit au moins dans le cours du mois, il ne nous arriva qu'un seul ophthalmique grave, encore la maladie se borna-t-elle, à un seul œil.— Nous ne recueillîmes aucun fait digne d'une attention spéciale; j'ai pensé cependant que l'histoire de Boissemans, arrivé de Dinant, avec de simples granulations, et qui contracta une blennophthalmie purulente dès plus violentes, après avoir séjourné à peine 24 heures à la salle des granulés de son corps, où l'ophthalmie régnait alors dans cette forme, ne serait pas lue sans intérêt.—On trouvera son histoire sous le n° 4.

OCTOBRE.

Le mois d'octobre fut extrêmement humide et froid, peu de jours se passèrent sans pluie, les vents soufflèrent constamment de l'ouest et du sud, le ciel ne fut clair que rarement et par courts intervalles. — La moyenne thermométrique fut de 9 1/2 degrés, la barométrique de 27 pouces.

Si l'on excepte quelques rhumatismes, toutes les autres maladies observées pendant le courant du mois, furent des flux muqueux, particulièrement les flux intestinaux, ces derniers se montrèrent, quelquefois, si abondants dès le principe que, tout d'abord, ils jetaient le malade dans une prostration profonde, produisait la pâleur de la face, la décomposition des traits, des bourdonnements d'oreilles; ce qui aurait pu faire croire à l'invasion d'une fièvre typhoïde dès plus graves, on en remarqua quelques-unes accompagnées de ténesmes et de sécrétions sanglantes.

Malgré les apparences de gravité ils furent extrêmement bénins, et cédèrent en général à la diète et au repos.

Nous n'eûmes aucun décès à déplorer, et nous ne recueillîmes d'ailleurs aucune histoire digne d'une mention spéciale.

NOVEMBRE.

Comme le précédent, ce mois fut très-humide, il tomba de l'eau avec abondance : à une légère gêlée qu'on éprouva dans la nuit du 17 au 18, succédèrent de nouvelles pluies, les vents soufflèrent, presque continuellement, du sud et de l'ouest. — La moyenne thermométrique fut de 6 degrés, la barométrique de 27 pouces.

Les maladies les plus communes furent les catarrhes pulmonaires accompagnés de fièvre, mais cédant assez facilement aux soins hygiéniques, tels que la chaleur du lit, le repos, la diète et les boissons adoucissantes.—On remarqua aussi un bon nombre d'angines dont quelques-unes avec sécrétion couenneuse. Des applications alunées amenèrent très-promptement leur guérison. Les fièvres muqueuses qui, déjà, étaient en traitement, ou qui entrèrent à l'hôpital pendant la durée du mois, présentèrent un caractère d'atonie bien remarquable. — Le sulfate de quinine fut administré dans ce cas avec le plus grand succès.

Nous perdîmes un seul malade, ou plutôt il ne fut transporté à l'hôpital que pour y mourir.

Son histoire m'a paru assez intéressante pour être rapportée avec quelques détails ; on la trouvera sous le n° 5.

DÉCEMBRE.

Le mois de décembre fut extraordinairement humide, tempêtueux; vers la fin il nous donna deux ou trois beaux jours ; les vents prédominants furent ceux du sud-ouest; — la moyenne barométrique fut de 27 pouces, la thermométrique de 4 1/2 degrés.

Les maladies qui se présentèrent, le plus communément, à notre observation, furent les fièvres muqueuses ; elles furent toutes bénignes, mais lentes dans leur cours. — On trouvera sous le n° 6 l'histoire d'une fièvre muqueuse de la forme de celles dont j'ai fait mention dans mes notes sur le mois précédent ; et qui s'est terminée d'une manière favorable.—Nous remarquâmes aussi quelques pleuro-pneumonites ; il en entra trois le même jour, elles furent toutes conjurées par la phlébotomie et les ventouses scarifiées, le séjour au lit, la diète et les boissons adoucissantes ; il y en eut une qui, par la gravité des accidents qui l'ont accompagné et la rapidité de leur disparition, m'a semblé digne d'une mention spéciale ; on la trouvera sous le n° 7.

Il nous arriva aussi plusieurs bronchorrhées anciennes chez des individus affaiblis par des maladies antécédentes, de longs séjours dans les prisons ou dans les hôpitaux pour des maladies externes, ou par l'âge ; elles sont toutes encore en traitement et on ne peut déterminer l'époque ni la nature de leur issue ; — aucun de nos malades n'est mort.

Le service externe nous a offert, de nouveau, pendant ce semestre, des exemples frappants de la puissance du séton dans le traitement des abcès froids. Pour cet usage nous le composons de plusieurs brins de fil engagés

dans le chas d'une aiguille à remailler ordinaire dont on diminue progressivement le nombre. Diverses collections purulentes de cette nature placées sous l'aisselle ont été guéries par cette méthode; dès que le corps étranger y avait produit de l'inflammation on avait recours à une compression soutenue et méthodique.

La compression a été, comme par le passé, employée avec un avantage marqué dans le traitement des contusions et des entorses, accidents très-familiers dans les troupes à cheval. Partout où on a pu l'employer immédiatement après l'accident, elle a fait, soit à elle seule, soit aidée de fomentations froides, tous les frais de la cure : là, où l'inflammation était déjà fortement prononcée à l'entrée des blessés à l'hôpital, elle a été également employée avec fruit, appliquée immédiatement après la chute de la phlegmasie.—C'est ainsi que chez Bonaventure, artilleur, renversé par le timon d'une voiture du train, et chez lequel il existait à la partie interne de la jambe droite un épanchement de sang tellement considérable qu'il donnait lieu à une fluctuation évidente, la compression et les fomentations froides appliquées incontinent ne furent pas supportées et il fallut y renoncer, momentanément, pour recourir aux déplétions sanguines locales par des sangsues et des ventouses (deux saignées générales avaient été faites dès l'entrée du blessé), immédiatement après, on recourut, de nouveau, à la compression, qui fut rendue tous les jours plus étroite au fur et à mesure de la diminution du volume du membre.— Là le succès fut tel qu'au bout de 20 jours le blessé put reprendre son service.

Une notice imprimée (1), jointe au présent rapport, complétera les renseignements qui y sont contenus sur l'ophthalmie purulente qui a régné pendant le troisième trimestre.

Le nombre total des fièvreux et blessés guéris pendant la durée du semestre est de deux cent dix; nous n'avons eu qu'un mort.

La proportion des morts aux guéris de ces deux catégories est comme 1 à 210.

Namur, le 9 janvier 1842.

Le médecin principal,
FALLOT.

N° 1. — *Fièvre muqueuse.*

Le nommé Vanleuven, âgé de 22 ans, entré au service au mois de mars dernier, taille moyenne, cheveux châtains, yeux bleus, habituellement bien portant, entre le 21 juillet se disant malade depuis quatre jours, et rapporte qu'il a eu d'abord un forte diarrhée, suivie de perte d'appétit et des forces. — A son entrée, tête vertigineuse; moral abattu; céphalalgie sus-orbitaire, gravative; langue blanche, rouge au limbe; soif forte; respiration difficultueuse, quoique l'accès de l'air soit facile; peau sèche, brulante, pouls serré; environ 100 pulsations, gargouillement, constipation. (saignée de 4 palettes qui fournit un sang très-mou, sans couenne) : cette opération soulage incontinent le malade qui passe une excellente nuit. Vers le matin survient une douce moiteur, pas de selles.

Le 22, juillet à la visite, tête raffermie, moral ranimé; traits étiolés; langue

(1) Extraite des Annales d'Oculistique, novembre 1841.

large, muqueuse, rouge aux limbes; soif modérée; respiration facile; peau moite; pouls à 90, égal, régulier; ventre indolent, gargouillement dans le trajet du colon (lavement émollient).

Le 23, redoublement très-violent vers le soir, pendant lequel, toutefois, la tête reste libre; nuit tranquille, sommeil prolongé vers le matin; sueur acide générale; urines cuisantes, déposant un sédiment floconneux très-abondant.

A la visite, face bonne; tête libre; sensation de bien-être; langue blanche; soif nulle; besoin de manger; respiration facile; peau moite; pouls à 70, régulier, égal; ventre mou. Le lavement de la veille, a été suivi d'une évacuation liquide (il n'en a plus eu d'autres); tisane commune.

Le 24, redoublement très-marqué la veille au soir, caractérisé surtout par l'âcrété de la chaleur; mais, dès onze heures, la transpiration survient déjà; le dépôt muqueux dans les urines est plus abondant encore que la veille; nuit tranquille.

A la visite, face bonne; tête libre; langue un peu recoquillée, rouge, persillée de blanc; soif modérée; le malade dit avoir un peu d'appétit; respiration facile; peau souple; pouls régulier, égal; ventre mou, indolent (tisane commune).

Le 25, à l'entrée de la nuit, il y a un peu d'accélération du pouls sans exaltation correspondant à la chaleur; nuit tranquille; une selle dans les 24 heures; urines brunes, limpides.

A la visite, le malade est de nouveau apyrétique, se loue de son bien-être, accuse de la faim, cependant la langue reste étroite, recoquillée, et rouge à son limbe antérieur (tisane commune).

Le 26, pendant la matinée de la veille, frisson prolongé; plus tard, chaleur brulante avec céphalalgie gravative pendant la nuit; sueur générale; urines fauves, louches; une selle naturelle. — A la visite, apyrexie complète; la maladie semble prendre la forme intermittente (tisane commune pour boisson).

Le 27, nouvel accès de fièvre, venu à une heure de l'après midi; nouveau dépôt très-abondant dans les urines; mais toujours muqueux et ne présentant par le dépôt commun aux fièvres intermittentes (tisane commune 6 grains de sulfate de quinine).

Le 28, à la visite, apyrexie, léger accès de fièvre, survenu vers les trois heures de l'après-midi; urines continuant à présenter un sédiment muqueux (tisane commune continuation du sulfate).

Le 30, persistance de l'apyrexie, régularisation des fonctions à l'expiration du septenaire (six grains de sulfate de quinine).

Le 4 août, on administre encore 6 grains de sulfate de quinine. Le 10 le malade sort complètement guéri.

N° 2. — *Péritonite traumatique.*

Le nommé Perlée, âgé de 22, ans, peau noire, rude et sèche, cheveux crépus, entré le 17 juillet, nous rapporte que la veille, il s'est abattu avec son cheval, qu'il s'est violemment froissé le ventre; peu d'heures après, sont

survenus de la diarrhée et des vomissements; il lui a été pratiqué une saignée, qui a donné un sang à caillot mollasse, non couenneux.—Nous remarquons: face souffrante, joues et nez érysipélateux; langue bilieuse, comme si le malade avait mâché de la rhubarbe; bruissement du cœur; soif insatiable; peau chaude sans âcreté; pouls petit, profond, 100 puls. environ; respiration facile; ventre tendu, météorisé, excessivement sensible. Après l'application de 12 sangsues sur le colon transverse, siége spécial de la douleur, le malade se dit soulagé, mais les symptômes généraux n'ont présenté aucune amélioration.

Le 18, plus de vomissement, depuis la veille; trois selles liquides; urines abondantes.

A la visite, face bonne; tête libre; nez érysipélateux; langue muqueuse; soif diminuée; respiration égale; environ 100 pulsations, pouls profond, serré; ventre toujours tendu et sensible, surtout à la région épigastrique.— Au soir, douleur épigastrique calmée, excitation fréquente à vomir, rejet de quelques gorgées de liquide porracé; peau brulante; pouls serré (12 sangsues à l'épigastre, bain de corps, cataplasme émolient) tartre émétique trois grains, eau distillée trois onces, à prendre par cuillerée.

Le 19, le vomitif a provoqué le rejet d'un liquide porracé, filant, et des évacuations alvines verdâtres, et séreuses; urines peu abondantes, brunes et acides; nuit tranquille, sommeil pendant quelques heures, au reveil moiteur.

A la visite face bonne, moral toujours abattu; tête indolente; érysipèle borné au nez seulement; langue jaune, épaisse; soif modérée; respiration égale; peau moîte; pouls petit, serré, 90 pulsations; ventre tendu, continuant à être très-sensible à la pression (ung. hydrarg. ℥j, en frictions sur le ventre, cataplasme émollient.)

Le 20, journée mauvaise, douleurs très-vives, augmentées, chaque fois, après les frictions, ce qui en fait suspendre l'emploi. Nuit très-fâcheuse, douleurs atroces, envie continuelle mais vaine, d'aller à la garde-robe; urines ardentes très-acides; vers le matin, moiteur dont l'apparition coïncide avec l'appaisement des maux.

A la visite, face bonne, sentiment de mieux être; langue étroite pointillée, persillée de blanc; soif forte; plus d'envie de vomir; peau moite; le pouls qui la veille au soir, était tellement petit et profond qu'on le sentait à peine, s'est rélevé et élargi; ventre tendu tympanique, arc du colon très-apparent, sensibilité notablement diminuée (bain de corps, cataplasme émollient, huile d'amandes douces ℥j, mucilage de gomme arabique ℥vj. sirop simple ℥j, à prendre une ½ tasse toutes les heures).

Le 21, l'émulsion prise la veille, n'ayant pas produit de selle, il lui est passé dans la soirée deux lavements de graines de lin, après le deuxième arrive une selle stercorale assez copieuse. — Nuit tranquille, plus aucune envie de vomir; vers le matin le malade rend après beaucoup d'efforts un gros crachat plein de sang; urines brunes, limpides; à la visite, face bonne esprit content, respiration facile, pure; langue rosée persillée de blanc, le ventre a conservé le même volume, l'arc du colon se dessine fortement; la sensibilité est moins forte (huile de ricin ℥j, à prendre en 2 fois. Dans la journée plusieurs évacuations pulpeuses, stercorales mêlées de lambeaux pseudo-membraneux teints de sang, évacuation suivie d'un tel

soulagement que le malade s'endort profondément après qu'elles sont faites.

Le 22, huit selles pendant la nuit, contenant toujours des lambeaux membraneux mêlés de sang, urines brunes et limpides.

A la visite, esprit content, face épanouie; langue rosée, offrant à la surface de nombreuses rugosités blanchâtres; soif modérée; respiration facile; peau moîte; pouls à 70, égal, régulier; ventre moins balonné, moins tendu, moins sensible, mais témoignant toujours de la douleur à la pression.

Le soir, deux petites selles vertes, depuis le matin, la langue reste humide, la tête libre, le pouls est sensiblement accéléré (lait coupé).

Le 23, trois selles jaunâtres pendant la nuit; urines fauves, limpides abondantes; sommeil prolongé.

A la visite, face bonne; esprit calme; langue toujours blanche, muqueuse; respiration facile; peau souple; pouls régulier, égal, 70 pulsat., le volume du ventre diminue sensiblement, il n'est plus douloureux, mais l'on sent encore distinctement au travers des parois les alternatives de dilatation et de resserrement du tube intestinal (même régime).

Le 24, continuation du mieux être, la langue se déchausse; la peau s'assouplit et le pouls n'a plus de fréquence, le ventre plus de sensibilité, mais les évacuations restent encore liquides, semblables à une décoction de rhubarbe; urines copieuses, troubles sans acidité (lait coupé).

Le 25, deux selles granuleuses dans les 24 heures; urines citrines, copieuses, persistance de l'apyrexie; sentiment de bien-être; appétit pressant; soif nulle; pleine convalescence (sorti le 6 août 1841).

N° 3. — *Fièvre typhoïde.*

Le nommé Goulard, âgé de 22 ans, gendarme, constitution forte, squelette régulier, habituellement bien portant, blond, entre le 16 juillet, étant au huitième jour de sa maladie. Il a été saigné avant son entrée. Il rapporte qu'il est, depuis plus de huit jours, sujet à la diarrhée et qu'il saigne fréquemment par le nez sans soulagement; face contractée; tête vertigineuse, céphalalgie sus-orbitaire; langue sèche, étroite; soif forte; râle muqueux dans toute l'étendue des deux poumons; crachats teints de sang; peau chaude; pouls serré, fréquent; ventre tendu; gargouillement à droite. — Boissons froides.

Le 17, nuit tranquille; pas de selles; vers le matin, moiteur générale. A la visite, l'état du malade est le même qu'à son entrée, seulement le pouls est un peu élargi, mais se laisse facilement déprimer et donne environ 96 pulsations : la peau est molle et humide. (Ventouses sèches sur la poitrine, limonade gommeuse, 4 fois.)

Le soir figure stupide; paupières pesantes; parole traînante; *stilicidium narium;* expectoration sanglante; soubresauts des tendons; langue sèche; urines rares; pas de selles; ventre tendu. (Lavement d'eau tiède.)

Le 18, nuit tranquille, deux selles séreuses noires; expectoration de sang noir.

A la visite, face profondément typhisée, fort plissée; nez fuligineux; langue et dents noires, sèches; haleine fétide; peau sèche, aride; respira-

tion râleuse quoique toujours tendue; le ventre est moins météorisé que la veille au soir; les urines continuent à être brunes, rares et acides. (Limonade végétale gommée.) Au soir légère moiteur; concentration cérébrale moins profonde; pommette gauche violette; pouls moins serré que le matin 96 pulsations. (Même boisson.)

Le 19, la moiteur signalée la veille au soir a duré pendant toute la nuit, et s'observe encore à la visite du matin, quelques gouttes de sang ont coulé par le nez; mais dans la matière de l'expectoration qui est de nature plus muqueuse, il n'y a pas de mélange de sang, urines toujours peu abondantes, fauves, ne rougissant plus le papier de tournesol; les selles sont vertes, aqueuses.

A la visite, face fatiguée, joues colorées; respiration suspirieuse; râles divers dans toute l'étendue de la poitrine; langue brune, sèche, souple, molle; pouls large, aisément dépressible donnant à peine 80; ventre balonné, tendu sans clapottement; le malade s'assied à ma demande et conserve cette position sans effort. (Limonade gommée et édulcorée).

Le 20, journée et nuit satisfaisantes, plusieurs selles bilieuses mêlées de crotins durs; urines fauves; sueur acide; quelques crachats formés en entier ou mélangés de sang coagulé.

A la visite, yeux ouverts; face toujours stupide, coloration des joues moins pourpre ou plus diffuse; la bande noire occupant le centre de la langue est un peu rétrécie et soulevée; le bord dentaire chargé de croutes sanglantes; soif vive; respiration toujours régulière, râleuse; peau molle, moite à la partie interne des membres; pouls à 90, égal, régulier; ventre assoupli distendu, indolent (limonade végétale gommée).

Le 21, l'amélioration signalée la veille ne s'est pas soutenue; la prostration est plus profonde; la langue de nouveau plus charbonnée; les dents plus sèches; la peau est devenue âpre, mordicante aux doigts.

A la visite, somnolence, cependant les mouvements sont bien coordonnés; face stupide; narines sanglantes; soif ardente; respiration toujours râleuse; pouls profond, serré, aisément dépressible, donnant à peine 80 pulsations; expectoration hyaline, mêlée de flocons et de grumeaux muqueux, sanglants; soubresauts des tendons; ventre tendu, indolent, les évacuations alvines sont semblables à de l'eau dans laquelle on aurait lavé de la viande; les urines, quoique plus brunes, ne rougissent que peu le papier de tournesol. — Le soir, depuis la visite du matin, quatre selles très-copieuses, séreuses de couleur vert d'herbe et dans lesquelles surnagent des feuilles vertes non digérées; urines limpides et décolorées comme de l'eau, somnolence; présence d'esprit dès que le malade en est retiré. (Limonade gommée édulcorée.)

Le 22, profonde somnolence pendant toute la nuit; legère épistaxis vers le matin; 4 selles vertes liquides; urines citrines, écumeuses; quelques crachats muqueux, coulants comme du plomb fondu.

A la visite, état plus éveillé; figure plus animée; langue moins sèche, moins dure; respiration toujours râleuse; pouls petit 80 pulsations; peau sèche sans âcreté; région iliaque droite soulevée, rénitente avec gargouillement (limonade gommée édulcorée.)

Le 23, nuit tranquille, sommeil naturel; urines aqueuses, citrines; une selle liquide, écumeuse, considérable, semblable à de l'eau de carotte et con-

tenant un caillot de sang de la grosseur du pouce; expectoration visqueuse mêlée à de nombreux grains de sang coagulé.

A la visite, je n'observe aucun changement digne d'être noté. Le soir une selle copieuse, verte, liquide sans mélange de sang (limonade gommée édulcorée).

Le 24, cinq selles pendant la nuit, semblables à de la levure de bierre; nuit tranquille; urines fauves, louches, sans acidité.

A la visite, tête libre; mouvements bien coordonnés; la bande centrale de la langue est un peu moins large, mais toujours brune, fissurée, le limbe d'un rouge brun; soif toujours forte; dents sèches. Dans les régions claviculaires le râle est tantôt nul, tantôt peu apparent, plus bas il reste le même; respiration toujours bruyante, suspirieuse; au milieu des crachats blancs, visqueux, aérés, se trouve une concrétion pseudo-membraneuse, opaque, verdâtre, teinte de sang; peau chaude; pouls à 80, régulier, égal; ventre indolent. (Limonade végétale gommée.)

Le 25, journée et nuit bonnes; 4 évacuations liquides, verdâtres; urines abondantes, fauves, louches, sans acidité; expectoration abondante, facile, en partie hyaline et aérée, en partie opaque, compacte, sans mélange de sang.

A la visite, face bonne; tête libre, esprit content; traits moins contractés; langue humectée, pâlie sur ses bords, bandes moins épaisses et plus jaunes; soif modérée; besoin d'alimentation; respiration égale, pure dans la région sous-claviculaire droite, mais râleuse, surtout dans la portion inférieure du même côté; ventre mou, indolent; peau souple et molle; température normale, pouls à 70, régulier, large.

Le 26, quoique les phénomènes de la fièvre soient notablement diminués, que la peau soit souple, le pouls naturel (70) que les urines aient passé très-abondamment et soient devenues acides et que la tête soit libre, les râles sont beaucoup plus retentissants, l'expectoration a repris la couleur de chocolat : la langue se déchausse; les selles réduites au nombre de deux dans les 24 heures, sont d'un jaune-verdâtre, grumeleuses.

Le 27, journée et nuit bonnes; deux selles séreuses abondantes semblables à une légère décoction de carottes; urines louches et fauves sans acidité, expectoration de nouveau glutineuse, aérée, mêlée de beaucoup de sang, en partie combiné, en partie interposé.

A la visite, face bonne, satisfaite, coloration naturelle; langue moins chargée; soif modérée; appétit pressant; râle sibilant dans toute l'étendue du poumon droit, mais surtout en bas, à gauche il n'existe que par portions, il est variable : peau chaude sans sécheresse; pouls à 80, mou, faible; ventre de nouveau tendu sans gargouillement. (Limonade gommée édulcorée.)

Le 28, la veille au soir la peau s'est un peu échauffée et le pouls accéléré. Nuit bonne, sommeil prolongé et réparateur; deux selles liquides verdâtres, chariant des grumeaux. Urines copieuses, fauves, rougissant le papier de tournesol; expectoration comme la veille.

A la visite, face bonne; esprit satisfait; peau souple; l'enduit lingual s'amincit, mais le limbe antérieur reste rouge; pouls égal, faible, mou, à 70 pulsations; ventre souple; les râles pulmonaires conservent la même intensité.

Le 29, quoique l'apyrexie persiste, que la diarrhée soit arrêtée, que les urines coulent avec la plus grande abondance et que leur acidité soit plus marquée, que la langue s'élargisse, s'humecte et se nettoie, que les aliments soient vivement appétés et aisément digérés, que la toux soit très-rare, l'expectoration reste sanglante et du râle sibilant très-bruyant occupe toute l'étendue des deux poumons (8 grains de sulfate de quinine.)

Le 30, à l'entrée de la nuit, la veille, on a observé de la chaleur à la peau et de la fréquence dans le pouls.

A la visite, le malade est dans le même état que la veille.

Le 31, même état, la chaleur et la fréquence du pouls ont été moins sensensibles la veille que l'avant-veille. (Continuation du sulfate.)

Le 1er août, les râles diminuent ainsi que la proportion de sang dans les crachats, de grands lambeaux de mucus concret s'y rencontrent, du reste toutes les fonctions sont rentrées dans leur état normal.

Le 2, marche rapide et franche vers la convalescence. Chaque jour les râles diminuent et l'expectoration s'améliore ; les fonctions digestives s'exercent avec la plus grande régularité.

Le 14, le malade sort complétement guéri.

N° 4. — *Blépharo-conjonctivo-kératite aiguë, purulente, ulcération.*

Bossemans, Cornélis François, âgé de 22 ans, entré le 20 juillet, rapporte qu'arrivé le 16 de la compagnie de discipline à Dinant, il est entré le même jour à la salle des granulés de son corps, ayant les yeux à peine rouges : que le 18 au matin, le médecin ayant remarqué que ses yeux l'étaient d'avantage, a cautérisé et que depuis ce moment, la maladie a toujours été en s'aggravant.

A son entrée, *blépharo-conjonctivo-kératite sub-aiguë*, paupières, entre lesquelles s'échappe un flux de pus, tellement tuméfiées qu'il est impossible d'examiner le globe de l'œil; l'individu étant d'une forte constitution, il est fait une ample saignée, et un purgatif mercuriel est administré; fomentations froides, sur la région oculaire.

Le 21, malgré l'énormité de la tuméfaction, on parvient à retourner les paupières; les deux cornées sont comme enchâssées dans un *chémosis* prodigieux, la droite paraît encore saine, au moins elle réfléchit encore les rayons lumineux, la gauche est déjà terne et infiltrée. (Cautérisation de toute la partie de membrane qu'on parvient à mettre à découvert.) pédiluves sinapisés, fomentations froides.)

Le 22, les paupières sont un peu moins gonflées, le pus est moins épais, les eschares sont déjà détachées, nouvelle cautérisation (bains de pieds sinapisés).

Le 23, le dégorgement avance, la cornée droite reste saine, la gauche demeure infiltrée, la région frontale est toujours chaude, et le malade perçoit dans l'intérieur des orbites une chaleur brûlante. — (Fomentations froides, pédiluves sinapisés, purgatif salin.)

Le 24, l'amélioration se soutient, le malade ouvre les yeux, distingue les

objets par le droit; la paupière droite est assez dégorgée, pour que ses plis commencent à reparaître. (Fomentations froides, pédiluves sinapisés.)

Le soir, retour soudain épouvantable du gonflement et de la purulence; malgré les abstersions incessantes, des flots de pus inondent les joues; les paupières sont énormément gonflées. (Saignée du bras ℥xij, fomentations froides, bains de pieds sinapisés, pilule d'un grain d'opium, cautérisation.)

Le 25, diminution notable du gonflement palpébral, le *chémosis* aussi est diminué, la cornée droite est infiltrée et terne, la gauche ramollie dans son segment inférieur; la photophobie est notablement moindre que la veille. (Eau blanche, cautérisation, bain de pieds sinapisé, pilule d'opium, un grain, bouillon.)

Le 26, la sécrétion purulente a diminué, les cornées sont plus cuisantes, le gonflement palpébral notablement diminué. (Cautérisation, pédiluve sinapisé.)

Le 27, nouvelle congestion avec sécrétion purulente très-copieuse, qui se dissipe après une cautérisation forte, ectropion de la paupière inférieure; l'infiltration cornéenne est plus forte et plus trouble. (Solution de sous-acétate de plomb grains ij, eau distillée ℥ij, laudanum liquide de Sydenham, 14 gouttes.)

Le 28, amélioration, réduction de l'ectropion.

Le 29, l'ectropion tend à se reproduire, le bord palpébral est légèrement poussé en dehors. (Cautérisation.)

Le 30, l'eschare produite la veille, n'est pas détachée, mais cependant la tuméfaction de la paupière est moins forte. (Cautérisation.)

Le soir, dans la journée, nouvelle récrudescence; retour de la suppuration et d'un gonflement énorme des paupières. (Cautérisation.)

La purulence est de rechef beaucoup moindre, la tuméfaction de la paupière supérieure a cédé, mais inférieurement elle persiste et renverse de nouveau la paupière en dehors.

Le 7 août, dégorgement progressif et lent, dont il faut attribuer la lenteur en partie à la grande malpropreté, et à l'inconcevable négligence du malade; la cornée droite a repris toute sa transparence et son poli, la paupière inférieure est restée dans les limites normales, la sécrétion est muco-séreuse contenant, quelquefois, de petits flocons blanchâtres, la sensibilité pour la lumière persiste. Collyre saturnin,

Depuis ce moment jusqu'au 20 septembre, jour de la sortie, il n'est plus survenu d'accident, la photophobie, l'engorgement se dissipent avec lenteur. Divers collyres astringents sont successivement employés.

État des yeux à la sortie.

L'œil droit parfaitement sain, synéchie et albugo au segment supérieur de l'œil gauche, dont la pupille est déformée, et les mouvements de contraction et de dilatation rétrécis.

N° 5. — *Inflammation chronique très-ancienne des organes urinaires, désorganisation de la vessie et des reins, calcul châtonné dans le canal de l'urètre.*

Smit, Gérard Philippe, âgé de 31 ans, caporal-tailleur au 9e régiment d'infanterie de ligne, taille moyenne, cheveux blonds, yeux bleus, constitution molle et lymphatique, porte, depuis 1833, une maladie des voies urinaires, par suite de laquelle il éprouve, de temps à autre, des rétentions d'urine extrêmement opiniâtres et douloureuses. — L'existence d'un rétrécissement du canal de l'urètre, occasionné par la métamorphose de la tunique interne ayant été présumée, il est soumis au traitement par la cautérisation; on y revient à plusieurs reprises, mais le malade n'a pas à s'en louer. — Etant dans une ville d'Université, il s'adressa à un professeur de la Faculté de médecine, qui lui fit une opération sanglante dans l'intérieur du canal, après laquelle les urines passèrent plus facilement: ce succès fut pour l'opérateur la source de beaucoup d'honneurs; des sérénades lui furent données par la musique du régiment, sur l'ordre du chef du corps; des articles louangeurs parurent dans les journaux quotidiens, et, par contre, les médecins du régiment furent accablés de disgrâces et d'humiliations.—Cependant l'amélioration ne fut pas de longue durée; les symptômes reparurent, au bout de quelque temps, aussi fâcheux qu'auparavant. Découragé par ce revers, le malade se confia, cette fois-ci, à l'homœopathie, dont il suivit, pendant un an, avec la plus grande persévérance, toutes les prescriptions. —Il faisait, en même temps, usage des bougies emplastiques. Il y eut de nouveau quelque amélioration, dont l'homœopathie eut les honneurs. Mais la fatalité qui semblait s'attacher au malade ne permit pas à cette amélioration de se soutenir; les accidents devinrent plus graves, plus alarmants. L'homœopathie fut reconnue impuissante. — L'établissement hydrosudopathique d'Uccle venait de s'ouvrir, le malheureux patient y courut et fut le premier malade admis. — Le nouveau traitement parut suspendre les progrès du mal. Malheureusement la pension était d'un prix trop élevé pour les ressources du malade, il fut, au bout de deux mois de séjour, forcé de l'abandonner, le médecin lui déclara à sa sortie qu'il n'aurait plus fallu qu'un seul mois pour compléter la guérison. — Cependant il fut présenté à M. l'Inspecteur-général du service de santé comme guéri, et portant témoignage de la puissance de la médication hydrosudopatique et de son incontestable supériorité sur toutes les autres. — C'est ce qui nous fut rapporté par le malade lui-même, avec les autres circonstances ci-dessus mentionnées, lorsqu'au mois d'août dernier, cinq semaines après sa sortie de la maison de santé d'Uccle, il se présenta à notre clinique, demandant à pouvoir prendre des bains et des douches d'eau froide à l'hôpital, sans être contraint à y demeurer, faisant valoir qu'il était marié, tailleur, et qu'il ne pourrait ni faire subsister sa femme, ni exercer son métier, s'il y était retenu.

Ces raisons nous parurent plausibles, et nous nous y rendîmes. — Cependant nous constatâmes qu'il y avait à la fois incontinence et rétention d'urine, que celle-ci venait sourdre, goutte à goutte, à l'orifice du canal, tombait

au fur et à mesure de son arrivée et excoriait les bourses et les cuisses sans pouvoir être chassée à la plus petite distance et que le rétrécissement était tel, que les bougies les plus fines ne pouvaient le franchir. — Nous constatâmes, d'ailleurs, un engorgement considérable avec endurcissement de la prostate.

L'examen des urines, que nous trouvâmes bourbeuses, sanguinolentes, laissant déposer une matière grisâtre, purulente; les douleurs habituelles accusées dans les lombes et l'appauvrissement de la constitution générale, me parurent des indices certains d'une désorganisation déjà profonde des organes internes.

M. Loiseau ayant appris de sa bouche, que tous les médecins, que jusqu'alors il avait consultés, s'étaient renfermés dans un traitement local, qu'aucun moyen interne, autre qu'homœopathique, n'avait été tenté pour détruire la cause constitutionnelle, dont on devait raisonnablement admettre l'intervention, puisque le malade avouait avoir eu plusieurs maladies vénériennes, chercha en notre présence, à lui faire comprendre la nécessité d'un traitement spécifique et s'offrit de le lui faire subir sans le détourner de sa besogne : mais sa confiance dans l'hydrosudopathie était encore entière et il ne voulut entendre parler d'aucune autre méthode de traitement.—Il portait toute la journée une serviette trempée dans de l'eau froide sur le ventre, et souvent il lui est arrivé, étant en marche avec le corps, ou à la promenade, de se déshabiller pour aller se plonger dans un ruisseau, ou une mâre d'eau le long de la route. — Il faut remarquer que l'appréhension d'être désigné pour l'hôpital par les médecins du corps, le détournait de leur demander des conseils et que, dans les rares circonstances où il y a eu recours, c'était pour n'en tenir aucun compte. — C'est ainsi que tourmenté par une rétention d'urines invincible, privé de tout repos par la souffrance, il s'adressa à M. Hebbelinck, qui lui conseilla les bains chauds, il les refusa positivement comme étant en opposition directe avec l'hydrosudopathie. Cependant, le 18 novembre, il s'était appliqué quelques sangsues à la racine des bourses. — Appelé chez lui, aujourd'hui, 22 novembre 1841, M. Hebbelinck le trouva dans l'état suivant : absence complète de toute connaissance; face plombée; traits contractés; yeux renversés en arrière; mâchoires serrées; muscles des bras contracturés, ceux du tronc surtout; ventre retracté et dur; mouvements convulsifs de tout le corps; pouls petit, fuyant sous le doigt; écoulement par la verge d'une urine sanieuse et d'une odeur fétide; peau des bourses violette; périnée tuméfié. — Il le fit transporter de suite à l'hôpital : pendant ce transport, quoique opéré avec les plus grandes précautions, il paraît qu'il eut une syncope, au moins à son arrivée il était violet, algide; le pouls était imperceptible; des frictions éthérées, rappelant la chaleur, réveillèrent la circulation, mais le malade demeura privé de connaissance. — Toutefois, quand on appuyait sur le ventre, et surtout au moment où l'on cherchait à introduire un cathéter dans le canal de l'urètre, il donnait des signes de la plus violente souffrance. — Appelé près de lui, je le trouvai dans l'état que je viens de décrire; la respiration était stertoreuse et gémissante; sa main droite serrait fortement les bourses, et quand on parvenait à l'en écarter, ce qui ne pouvait se faire sans un grand effort, elle y retournait encore plus vite, dès qu'on l'abandonnait à elle-

même. — La vessie ne se dessinait pas dans la région sus-pubienne, qui, d'ailleurs, avait un son tympanique; par contre, les flancs, particulièrement le gauche, étaient mat, et je croyais y sentir de la fluctuation. — Le corps exhalait l'odeur de souris la plus pénétrante. — Je jugeai que les parois vésicales étaient épaissies, au point de ne pas permettre au réservoir de se distendre, et que l'urine, arrivant des reins, ne pouvant se dégorger dans la vessie qui renfermait autant de liquide, mucus, urine, pus, qu'elle pouvait en contenir, s'étaient accumulés dans les urétères. — Dans cet état de choses, la ponction sus-pubienne n'était pas praticable et quelque désirable qu'il eut pu être d'évacuer la vessie, on ne pouvait y pénétrer par cette voie; les tentatives pour y parvenir par l'urètre, furent sans succès, l'énorme tuméfaction de la prostate ou du moins l'épaississement manifeste de sa région ne me parût pas permettre d'essayer de vider la vessie par le rectum.—Au reste cette évacuation elle-même, n'aurait obvié qu'à un seul symptôme. L'excessive sensibilité et la tension du ventre semblait attester l'existence d'une forte péritonite. Des sangsues furent appliquées au périnée et à l'hypogastre, le malade fut plongé dans un bain de corps tiède et au sortir, son ventre enduit de pommade mercurielle; des lavements provoquèrent des selles copieuses, dures; le pouls s'élargit un peu, et la peau s'anima, mais le malade demeura sans connaissance et la respiration était apoplectique.— Le lavement ayant provoqué la sortie de trois selles dures, le son mat du flanc gauche, fit place à un son tympanique.

Pendant le peu d'heures qu'il vécut encore à l'hôpital, il ne recouvra pas sa connaissance, le pouls alla en diminuant; la sensibilité; s'éteignit, la pression sur le ventre ne parvenait plus à l'éveiller, la matité du son dans les flancs fit place au son aérien et cependant le ventre resta plat.

Cette circonstance que la matité a fait place à la résonnance sans qu'il soit survenu de météorisme me semble détruire la présomption que j'avais conçue la veille relativement à la distension des urétères par l'urine, celle-ci, ne passant plus par le canal de l'urètre, malgré une pression exercée sur le ventre.

Le 23, dans la journée, violentes convulsions, le malade redresse fortement le tronc et le plie en arc de cercle. Pendant les accès, le pouls toujours misérable, s'efface complétement, et la face devient ardoisée; au bout de quelques secondes les spasmes se relâchent et les membres sont alors agités de tremblement.—Ce n'est que dans la soirée que les vésicatoires produisent leur effet, et malgré leur action, le malade ne paraît en avoir aucune conscience, la déglutition déjà difficile, est actuellement impossible.

Dans les derniers moments de la vie la vessie se dessine au-dessus du pubis.—Enfin l'agonie se termine par la mort, le 24 novembre 1841, à six heures du matin.

Nécropsie 27 heures après la mort.

Habitude extérieure.—Demi-marasme; pied gauche fortement tourné en dedans les chairs privées de leur épiderme; par les vésicatoires, sont d'un brun-noirâtre et sèches.

Appareil sensitif interne.—L'axe cérébro-spinal ne nous offre aucun désordre, par lequel je puisse expliquer les convulsions violentes et presque continuelles qui ont existé pendant la durée du séjour du malade à l'hôpital. Son système veineux est plein de sang : à la partie antérieure de la moëlle vertébrale, cette injection est plus forte à la région dorso-lombaire qu'à la cervicale ; la méninge de la portion cervicale des hémisphères est sèche et opaque, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien contient un peu de sérosité sanguinolente, les ventricules cérébraux n'en contiennent pas.

Appareil respiratoire.—Moins l'engorgement sanguin de la face postérieure des deux poumons, on n'y remarque rien qui s'éloigne de la parfaite santé. Les poumons crépitent dans toute leur étendue, fuient devant le scalpel quand on cherche à les inciser, et se sont affaissés aussitôt l'introduction de l'air dans les plèvres.

Appareil circulatoire.—Il ne présente rien d'insolite, que la présence dans les cavités droites du cœur et dans les vaisseaux qui s'y dégorgent, des concrétions fibrineuses qui les remplissent en entier. Le système veineux général contient beaucoup de sang tenu ; l'artériel en est vide.

Appareil digestif. — Ici, on remarque un désordre fort difficile à décrire ; toutes les duplicatures du péritoine, tant celles, qui se réfléchissent sur les viscères, que celles qui les unissent, sont d'un violet foncé; les veines mésentériques sont distendues par le sang ; le péritoine est généralement épaissi et se laisse facilement séparer des organes sous-jacents ; les glandes mésentériques sont énormément tuméfiées et contiennent une matière plâtreuse d'un blanc-jaunâtre, friable : la muqueuse de l'estomac et du tiers supérieur de l'intestin grêle, est d'un rouge-livide, couleur qui persiste après un séjour de 12 heures dans l'eau ; leur surface est recouverte d'un mucus sanglant : plus bas, cette teinte s'éclaircit et devient d'un gris-ardoisé. Dans le cinquième inférieur, on remarque, à des distances inégales, des désorganisations et des plaques vermeilles, dans l'intervalle desquelles la muqueuse a son aspect et sa couleur naturelle. Le liquide qu'on y rencontre est d'un vert-noirâtre, cette altération de couleur et de sécrétion s'arrête à la valvule iléo-cœcale, dont la tunique interne est d'un rouge vif qui ne pâlit pas par son séjour dans l'eau.

Le cœcum, est énormément distendu par un amas de fécès durs ; au colon ascendant, l'intestin offre ; dans une étendue de 6 centimètres, un rétrécissement tel, qu'il a à peine le calibre de l'intestin grêle ; cette portion d'intestin rétrécie est complétement vide et aplatie ; à la courbure hépatique, l'intestin prend brusquement son calibre et son aspect naturel. Dans l'S iliaque, qui est vide, la muqueuse est, de nouveau, d'un rouge uniforme vif ; le foie est d'un très-grand volume gorgé de sang tenu, la vésicule du fiel contient une matière semblable à de la poix liquéfiée ; la rate est d'une mollesse extrême.

Appareil urinaire. — Les deux reins sont gorgés de sang, leur surface est granuleuse et comme tigrée, la capsule qui les recouvre, épaissie, s'en laisse séparer avec la plus grande facilité ; au bord inférieur du rein droit, on remarque une tache d'un bleu-noirâtre, le parenchyme en est ramolli et friable. A la section de l'urétère il s'écoule un peu d'urine qui charie des flocons se comportant par les réactifs comme du pus. Le rein

droit, qui est d'un tiers plus grand que son congénère, présente deux cavernes à bords déchiquetés, remplies d'une bouillie sanglante; l'inférieure est la plus grande; elles communiquent toutes les deux avec l'entonnoir, la première largement et l'autre par un pertuis. Les bassinets des deux reins ont considérablement augmenté d'ampleur; l'urétère gauche, fortement dilaté dans toute son étendue, offre des éraillements partiels, qui constituent autant de poches dont les parois sont épaissies.

La vessie urinaire s'élève au-dessus du pubis de 6 centimètres environ, sa tunique péritonéale est considérablement épaissie et injectée; en la pressant, on ne fait pas sortir une goutte d'urine par le canal de l'urètre, mais on distend l'urétère gauche et on en remplit les poches.—La vessie pleine, mesurée verticalement donne 39 centimètres de circonférence et transversalement 32; après avoir été évacuée on trouve encore 34, pour la première mesure et 26 pour la seconde.—Elle contient 22 onces d'urine sanguinolente dans laquelle, par le refroidissement, il se fait un dépôt très-abondant d'une matière pulvérulente d'un gris-violet, elle est visqueuse et d'une odeur pestilentielle, la membrane interne est presqu'entièrement détruite : on trouve quelques plaques de formes irrégulières, d'un rouge-bleuâtre; la tunique musculaire est considérablement hypertrophiée, on la voit se dessiner sur un fond grisâtre maillé et aréolaire. La membrane muqueuse du tiers supérieur de l'urètre, est d'un gris-verdâtre sale, là le canal paraît presque complétement oblitéré, il n'existe plus qu'un pertuis sinueux, formé par l'adossement de deux culs-de-sac, dont le supérieur ou vésicule contient un calcul de la forme, de la figure, de la grosseur et de la couleur d'un pépin de citron; nul doute que la présence de ce calcul, poussé en bas par les efforts pour uriner, ou ceux faits par nous-mêmes pour le chasser du canal, en pressant sur la vessie, ne soit, pour sa part, dans l'occlusion complète du canal. —Cependant, et même après l'avoir retiré, nous n'avons pu parvenir à franchir le rétrécissement avec le stylet le plus fin, et ce n'est qu'à l'aide d'une injection faite avec de l'eau, que nous avons constaté la communication entre les deux portions de l'urètre; nous n'avons pas voulu porter nos explorations plus loin, pour ne pas détruire la pièce. — Le lobule gauche de la glande prostate est induré; le droit est détruit et remplacé par un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon à point épaillé, rempli d'une matière sérosanguinolente de la plus repoussante fétidité, et tapissé à l'intérieur par une membrane lisse. — Tout le tissu cellulaire environnant est, ainsi que celui du périné, épaissi et lardacé.

N° 6. — *Fièvre muqueuse.*

Lyndekens. 3° régiment d'artillerie, âgé de 21 ans, grand, blond, la face couverte de taches de rousseur, squelette régulier, habituellement bien portant, ayant perdu son père fort jeune, entre à l'hôpital après avoir enduré, pendant une dixaine de jours, un flux de ventre qui allait toujours en augmentant, donna jusqu'à cinquante selles dans les 24 heures, et jetta le malade, dans une profonde prostration.

A son entrée, les traits sont grippés, les joues creuses, les yeux caves, la

peau sèche et comme crispée. Quelques bains généraux, et des mucilagineux à l'intérieur, modèrent le flux de ventre sans l'arrêter; la peau s'assouplit, les traits s'épanouissent, le malade demande instamment à manger, mais à peine a-t-il pris quelques cuillérées de soupe au riz que la diarrhée reparaît. —Il se plaint d'amertume dans la bouche et de nausées; 18 grains d'ipécacuanha produisent quelques vomissements de matières bilieuses après l'issue desquelles le malade se dit soulagé et implore de nouveau des aliments. — Cependant il reste dans l'expression de la figure quelque chose d'étrange, d'indéfinissable et qui atteste une souffrance viscérale, la face se colore en bistre, pâlit brusquement et sans cause connue; toux rare, mais accompagnée d'une expectoration nummulaire opâque, grisâtre; langue rugueuse; haleine fétide; soif nulle; faim pressante; peau chaude, mais sans âcreté; pouls vif, animé, environ 80 pulsations, aisément dépressible; bruissement pendant l'entrée de l'air sous les deux clavicules; ventre mou, indolent, gargouillement dans la fosse iliaque droite par la pression; cependant les selles ont plus de consistance et ne dépassent pas deux dans les 24 heures: les urines sont rouges et limpides, je me préoccupe de l'idée de l'altération des follicules muqueux de la fin de l'iléon et de présomption d'hépatisation.

Le 20 novembre, dans la journée et pendant la nuit, selles sanglantes; des grumeaux stercoraux et durs, sont mêlés à une grande quantité de sang noir comme poisseux, le malade est fort alarmé de cette circonstance.

A l'entrée de la nuit, la veille, le pouls s'était élevé, était devenu onduleux; la peau était assouplie, je m'étais attendu à la diaphorèse. —Nuit inquiète, passée sans sommeil; augmentation de la soif; urines brunes, rares. (Limonade végétale gommée. Cataplasme sur le ventre.)

Le 21, à la visite joues plaquées; langue sèche grénue; tête libre; esprit inquiet; peau sèche; respiration égale, obscure à droite et mêlée de quelques râles muqueux, crachats épais blancs, striés de beaucoup de sang; pouls vif, profond à 100 pulsations. Ventre indolent et mou, clapottement énorme dans la fosse iliaque droite. (Limonade végétale soupe au riz.)

Le 22, depuis la visite du matin, une selle de sang caillé en gros grumeaux. Peau chaude, pouls relevé, pas de sang dans les crachats.

Le 23, depuis la veille à la visite, trois selles semblables par la couleur et l'aspect, à du chocolat à l'eau; urines plus abondantes; expectoration épaisse, opâque de nouveau ponctuée de sang; vers le matin, sueur générale et copieuse. —A la visite couleur plus diffuse et plus naturelle; langue moins grenue; soif diminuée; respiration égale, quelques râles sibilants; peau molle; pouls à 80, développé, égal; ventre mou, indolent, n'offrant plus de gargouillement sous la pression. (Limonade végétale gommée, soupe au riz.)

Le 24, plus de selles depuis la visite de la veille au matin; redoublement modéré avec plénitude du pouls, à l'entrée de la nuit, expectoration muqueuse abondante, le sang qui est mélangé est moins vif, urines troubles, sédiment muqueux abondant; nuit bonne, quelques heures de sommeil, pas de sueur.

A la visite, tête libre; face bonne; moral ranimé; respiration égale, râles variables à droite; peau souple; environ 90 puls., pouls redoublé

par intervalle; ventre mou, sans clapottement; le malade dit que la soif est calmée et qu'il souffre de la faim, la langue est nette à la vérité, mais toujours sèche et rugueuse. (Limonade végétale gommée.)

Dans la soirée le pouls s'élève et devient onduleux, la face est très-animée; la peau chaude; cependant il ne se fait aucun mouvement critique pendant la nuit. Les urines sont copieuses, citrines; expectoration muqueuse abondante; une selle consistante.

Le 25, à la visite, l'état du malade est le même que celui de la veille au matin, sauf que le pouls donne 110 pulsations, et qu'il existe quelques tâches lenticulaires à la base de la poitrine. (Diète, boissons gommée acidulée.)

Le 26, après un fort redoublement, éprouvé la veille à l'entrée de la nuit, moiteur douce accompagnée de ralentissement du pouls, d'assoupissement de la peau et d'humectation de la langue. Urines copieuses, louches; expectoration abondante opaque. (Limonade végétale gommée.)

A la visite, face bonne; tête libre; langue humide et pâle; peau moîte, râle sibilant dans toute l'étendue du poumon droit; pouls autour de 90, régulier, égal; ventre mou, une selle moulée. (Limonade végétale gommée et acidulée.) — Au soir, exacerbation, chaleur âcre; langue sèche; la tête reste libre. — Pendant la nuit une selle moulée; urines abondantes, fauves nuageuses; expectoration opaque, muqueuse très-abondante, quelques stries sanglantes, vers le matin, transpiration.

Le 27, à la visite, face bonne; tête libre; esprit satisfait; langue gluante, blanchâtre, soif modérée; réclamation importune pour avoir à manger; râle muqueux; peau souple; pouls à 80, régulier; ventre indolent. (Sulfat. chininæ gr. viij.

Le redoublement de la veille au soir n'est plus accompagné d'autant de chaleur que le précédent. Nuit bonne; pas de sueur; urines abondantes, citrines, louches; toux diminuée ainsi que l'expectoration.

Le 28, à la visite au soir, l'état du malade est le même que celui du matin, si le pouls n'était un peu plus accéléré; pas de selle. (Sulfat. chin. gr. viij, in dos n° IV.)

Les symptômes graves et la tendance au typhus semble se dissiper, au moins la tête est-elle libre, l'expression du regard calme; la fuliginosité de la langue a fait place à la netteté; l'expectoration a notablement diminué et ne contient plus que quelques points sanglants, les râles sont également rares, mais le pouls reste vif, les selles sont naturelles, la langue rouge au limbe et hérissée de papilles; à l'entrée de la nuit la fréquence du pouls, la chaleur de la peau et la sécheresse augmentent.

Le 29, les symptômes du redoublement de la veille n'ont plus reparu; nuit bonne; une selle naturelle; urines abondantes, limpides et citrines. (Boullie avec fleur de farine et lait.)

Le 30, quoique le pouls ait conservé de sa vitesse et de sa fréquence, la peau n'est plus chaude; la langue est moins rouge, à son limbe, elle est élargie, humectée, et n'offre plus de papilles; les crachats sont muqueux et cuits.

Le 1er décembre, pas de redoublement; le malade s'est levé pendant quelques heures; deux selles naturelles; urines pâles, louches, abondantes;

expectoration comme la veille; langue nette, large, humide; appétit très-prononcé; soif modérée; pouls et peau comme la veille. (Il est accordé quelques aliments légers au malade.)

Le 2, l'amélioration se soutient et la faim devient pressante, la convalescence s'établit. (Le malade est mis au 1/4.)

Le 3, le pouls perd sa fréquence à mesure que la quantité d'aliments est augmentée.

N° 7. — *Pleuro-pneumonie aiguë.*

Lapistolle, âgé de 25 ans, taille moyenne, blond, maigre, au service depuis six ans, habituellement bien portant, et d'une conduite régulière, né de parents sains, entre le 10 décembre, atteint de fièvre muqueuse qui est au troisième jour: la maladie se présentant avec des caractères bénins, aucun autre symptôme, que la céphalalgie, n'étant prédominant, il est mis à la sane commune et à la diète.

Le 12, dans la soirée, il lui est fait une application de six sangsues derrière les apophyses mastoïdes, et ses pieds sont plongés dans de l'eau sinapisée: vers le matin étant en sueur il se rend aux latrines; à peine recouché, il éprouve un frisson long et douloureux et un violent point de côté à la grande courbure des dernières côtes sternales: un phénomène insolite est celui-ci; pendant que la respiration est courte et très-bornée, le pouls est dur, ample et plein, le sthétoscope n'indique rien; il est fait une saignée de quatre palettes, qui donne un sang médiocrement retractile, dont le caillot se recouvre d'une couenne jaunâtre, tellement tenace qu'elle supporte tout le poids du gâteau. La saignée répétée à 4 heures de l'après-midi à la même quantité, présente les mêmes caractères. Après cette seconde saignée, la douleur diminue progressivement pour cesser tout à fait vers le matin.

Le 13, nuit passée sans beaucoup de sommeil, la respiration n'est plus douloureuse, mais la toux l'est encore; expectoration limpide, sanglante.

A la visite, face bonne; esprit tranquille; langue blanche, ponctuée; respiration égale; peau chaude sans âcreté; égophonie en arrière; quelques râles muqueux, variables; ventre souple, indolent; pas de selle depuis l'avant-veille. (Tartrate de potasse grains iv, eau distillée ℥iij, sirop de pavot blanc ℥j.)

Le 14, le tartrate de potasse antimonié n'a fait vomir qu'une seule fois et a provoqué quatre selles. — A l'entrée de la nuit, il est survenu une diaphorèse abondante et un flux d'urines colorées très-copieuses; nuit bonne; soif rare; expectoration toujours sanglante, glutineuse.

A la visite, face bonne; tête libre; langue humide sur les bords, blanche et sèche au centre; soif calmée; appétit; peau molle; pouls autour de 70, égal, régulier; râles secs et humides et résonnance de la voix dans toute la surface postérieure du poumon gauche. (Même médication.)

Le 15, chute complète de la réaction fébrile; nuit bonne; toux rare; expectoration toujours glutineuse, mousseuse, rouillée; urines limpides, brunes; pas de selle. (Même médication.)

A la visite, tête libre; couleur naturelle; peau molle; pouls à 70, égal,

régulier; ventre souple; râles crépitants sur toute la surface du poumon gauche, plus prononcés, cependant, sous l'omoplate que plus bas, c'est là aussi que la résonnance de la voix est plus forte; langue élargie, nettoyée; soif nulle; appétit pressant.

Le 16, persistance de l'apyrexie; aucune accélération du pouls; vers le soir, respiration facile, ni toux ni expectoration; appétit très-pressant, et cependant les phénomènes sthétoscopiques n'ont éprouvé aucun changement.

Le 17, les râles crépitants ont complétement disparu; ils sont remplacés par un peu de râle sibilant, variable; plus aucune brochophonie, ni toux, ni expectoration; langue nette; faim dévorante; convalescence prompte et sûr; retour rapide des forces, et régularisation de toutes les fonctions.

Sorti complétement guéri le 26 décembre 1841.

CATALOGUE ANALYTIQUE

DU CABINET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE FONDÉ A L'HOPITAL SAINT-JEAN, A BRUXELLES.

(Suite, voir cahier du mois de juiltet 1841, page 169 et suivantes.)

COEUR (MALADIES DU).

N° 23. — *Pleuro-péricardite chronique; hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche; épaississement des valvules sygmoïdes; amincissement des parois du ventricule droit; refoulement du poumon.*

Historique. — François Jacques, âgé de 36 ans, peintre en bâtiments, adonné aux excès de tout genre, atteint, il y a quatre ans, de délire très-agité, pendant six semaines, entra à l'hôpital le 25 octobre 1838; il nous rapporte, qu'il y a neuf mois, il était complétement bien portant; qu'à cette époque, sans cause connue, il éprouva des vertiges, tomba, perdit connaissance, pendant plus d'un quart-d'heure, et reprit ensuite ses occupations; il présume que, dans cette chute, il se sera blessé au côté gauche de la poitrine; le lendemain il y ressentit une douleur pongitive; cinq jours après la douleur augmenta; oppression, toux sèche, fièvre, etc. Bientôt palpitations

et élancements violents à la région précordiale, angoisses, dyspnée, lypothimies. Le point de côté disparaît et revient tour-à-tour : œdème des extrémités inférieures. Il ne suivit aucun traitement. A son entrée, face pâle, anxieuse, orthopnée, quintes de toux violentes ; douleur pongitive, peu intense, au côté gauche du thorax, dont la conformation est normale, matité complète dans les deux tiers inférieurs gauches ; impulsion du cœur brusque, violente ; battements du cœur vifs, brusques, tumultueux, irréguliers, perceptibles dans toute l'étendue du thorax ; dans toute la région précordiale, on entend un bruit de cuir neuf, superficiel, changeant parfois de timbre, occupant tout le temps employé par un battement de cœur avec lequel il commence, pouls vibrant, etc. Il succombe dans le dernier degré de l'angoisse, le 19 novembre 1838.

Description de la pièce pathologique. — Péricarde ; feuillet fibreux, légèrement épaissi, peu injecté ; *feuillet séreux,* épais d'une demi-ligne au moins, comme dessèché, dur, raboteux ; couvert *surtout à la partie antérieure du ventricule gauche,* de végétations plus ou moins saillantes et dures, les unes mamelonnées, la plupart coniques, ligulées, d'un rouge-brunâtre, d'autres comme ponctuées, quelques-unes linéaires.

C'est surtout au feuillet pariétal qu'existent les végétations dures, coniques, raboteuses, irrégulières.

Cœur ; ventricule gauche, parois plus épaisses, plus dures, plus résistantes, d'un rouge moins foncé qu'à l'état normal, les fibres en sont comme macérées ; *cavité,* n'offre qu'une légère dilatation ; *endocarde ;* quelques plaques d'épaississement jaunâtre aux valvules sygmoïdes. *Ventricule droit ;* amincissement des parois, cavité étroite, quelques plaques épaisses, jaune-foncées, étroites, arrondies au feuillet interne de l'*aorte ;* sa tunique celluleuse comme ecchymosée en quelques points. *Portion de plèvre gauche,* épaissie, opaque, d'un blanc-mat ; *portion de poumon gauche ;* complétement refoulé contre la plèvre pulmonaire à laquelle il adhère intimement ; imperméable. (Simonart.)

N° 24. — *Péricardite chronique, vaste hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur ; léger anévrysme du ventricule droit.*

Historique.—Joseph Declercq, peintre en bâtiments, âgé de 49 ans, sanguin, robuste, né de parents goutteux, est sujet, depuis plusieurs années, à des attaques fréquentes de rhumatisme articulaire, avec fièvre, et qui souvent persistent plusieurs semaines. Jamais il ne s'était aperçu de dyspnée ni de palpitations. Il y a un an, rhumatisme articulaire aigu ambulant, pendant lequel, il est pris subitement de tous les symptômes qui caractérisent une péricardite aiguë intense. Il est saigné pour la première fois, et cela à plusieurs reprises. La maladie ne cède pas, il prend de larges doses d'huile de morue. Les palpitations deviennent de plus en plus fortes, la dyspnée, l'angoisse augmentent, les pieds s'œdématient ; l'arthrite rhumatismale paraît et disparaît tour-à-tour, sans influence marquée sur la péricardite. Jamais

il n'a eu de douleur lombaire vive ni continue ; ses urines n'ont rien présenté de remarquable, même sous l'influence de l'acide nitrique. A son entrée à l'hôpital, le 17 octobre 1838 : voussure de la région précordiale, symptômes d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur avec péricardite chronique, hydropéricarde, hydrothorax, ascite, anasarque. Il succombe en décembre, dans un état voisin de l'asphyxie.

Description de la pièce pathologique. — *Péricarde* (℥iv de sérosité citrine, à flocons fibrineux).

Feuillet fibreux, légèrement épaissi.

Feuillet séreux, le *pariétal*, considérablement épaissi, dur, opaque, d'un blanc-mat, le *viscéral* offre les mêmes altérations au niveau des oreillettes et des vaisseaux ; moins dur, moins épais sur les ventricules. Partout il est couvert de *nombreuses végétations* linéaires, granuleuses, réticulées, caronculiformes et membraneuses. Vaste hypertrophie excentrique du *ventricule gauche*, avec induration et décoloration des parois ; pas de lésion à l'*endocarde ;* un *filet tendineux* très-mince s'y étend d'une paroi ventriculaire à l'autre ; dilatation et amincissement des parois du *ventricule droit.*

Oreillettes très-larges ; rétrécissement prononcé de l'*aorte* ; plaques osso-cartilagineuses le long de la *crosse.* (Simonart.)

N° 25. — *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur, endocardite chronique gauche ; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire ; anévrysme du ventricule droit ; plaques chondro-osseuses de l'aorte.*

Historique. — Le maître de l'hôtel de ....., âgé d'environ 50 ans, bilieux, très-irritable, stature moyenne, ancien militaire, frappé des atteintes d'un rhumatisme et de la syphilis, souffre de palpitations violentes depuis 24 ans ; examiné par un grand nombre de médecins, tous s'entendirent sur l'existence d'une affection organique du cœur, avec hépatite chronique. M. le docteur Mouremans crut à l'existence de végétations syphilitiques à l'endocarde (battements tumultueux, brusques, surtout ceux des ventricules, s'entendant dans toute la poitrine, surtout à gauche, pas de bruit anormal ; jamais d'hydropisie, mais palpitations violentes, impulsion du cœur très-vive soulevant fortement la main etc.). Il succombe en décembre 1838, après avoir offert des symptômes d'hypérémie céphalo-rachidienne.

Le *foie* était cyrrhosé.

Donné par M. le docteur Mouremans de Bruxelles.

(P. J. C. Simonart).

N° 174. — *Adhérence celluleuse entre les deux feuillets du péricarde ; plaques laiteuses ; hypertrophie excentrique des ventricules du cœur ; épaississement et induration de l'endocarde des valvules.*

Historique.—Ch. Lebrun, peintre en bâtiments, âgé de 47 ans, constitution assez robuste, stature élevée, tempérament lymphatico-sanguin, ancien mi-

litaire, porte des traces de la variole ; adonné aux excès de tout genre, souvent en proie aux rhumatismes, entra le 15 décembre 1838. Il y a quatre ans, des ulcères dartreux, que, depuis plusieurs mois, il portait aux jambes, se tarirent par un traitement approprié. Six mois après, palpitations, d'abord peu vives, qui augmentèrent graduellement, dyspnée habituelle. Vers le mois de mai 1838, il fut traité à l'hôpital St-Jean, d'une hypertrophie avec dilatation du ventricule droit du cœur, bronchite chronique, ascite, œdème très-prononcé des extrémités inférieures ; il sortit bientôt guéri de son hydropisie, et n'offrant aucun symptôme qui eût pu nous décéler une phthisie pulmonaire, ou une maladie des reins. Admis de nouveau en décembre 1838, il rapporte que, depuis trois mois, sa toux habituelle s'est exaspérée ; expectoration sâle, épaisse, jamais, dit-il, sanguinolente ; points thoraciques fréquents, oppression vive, palpitations diminuées ; c'est à cette époque que reparaît l'œdème des extrémités inférieures ; ses jambes sont, dit-il, comme mortes, parfois tiraillements vers les genoux, et faiblesse musculaire très-prononcée depuis six semaines surtout ; il n'a jamais éprouvé de douleur lombaire, ni aucun des autres symptômes qui accompagnent la myélite ; jamais d'hématurie, ni de dysurie ; nous lui reconnaissons : une vaste caverne superficielle au sommet du poumon gauche ; d'autres excavations tuberculeuses ont creusé le parenchyme pulmonaire ; tous les symptômes rationels de la phthisie pulmonaire s'y joignent ; les battements du cœur sont étendus, peu vifs, clairs ; aucun bruit ne les accompagne. Lebrun succombe le 29 décembre 1838.

Description de la pièce pathologique. — Péricarde (sérosité peu abondante) ; au-devant du tiers antérieur et inférieur du ventricule gauche, adhérence celluleuse ancienne, entre les feuillets viscéral et pariétal ; *plaques laiteuses* étroites, épaisses, à la partie supérieure du même ventricule : *plaques* larges et épaisses au-devant du ventricule droit. Parois du ventricule, du droit surtout, épaissies et dilatées ; épaississement, induration, aspect blanc-mat de l'*endocarde*, aux valvules, aux auriculo-ventriculaires surtout, et en quelques points du ventricule gauche.

(Simonart.)

N° 192. — *Endo-péricardite aiguë ; hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur.*

Historique. — Jean Debulle, âgé de 30 ans, ouvrier dans une manufacture de tabac, constitution athlétique, n'ayant jamais été malade, ni souffert de palpitations ou de dyspnée, entra à l'hôpital le 14 décembre 1838, toussant depuis un mois, et ayant éprouvé, cinq jours auparavant, un frisson, suivi de tous les symptômes de pleuro-pneumonie, qui fut combattue par trois saignées larges. — L'oppression est à son comble ; tout le poumon gauche est hépatisé, le poumon droit à l'état d'engouement ; battements du cœur tumultueux, énergiques, s'entendant tant à gauche qu'à droite du thorax, impulsion vive, pas de bruit anormal ; pouls mou, irrégulier, à 120 ; palpitations violentes, élancements à la région du cœur, etc. — Dubulle succombe le 17.

Nécroscopie. (24 heures après la mort); face jaunâtre, rigidité des membres; épanchement et injection aux méninges. Hépatisation rouge à la partie supérieure du poumon gauche; grise dans le reste de son étendue; épaississement et adhérence des plèvres gauches, engouement inflammatoire du poumon droit; pleurésie avec vaste épanchement séro-fibreux. Signes de gastro-entérite intense. Hypérémie de tous les viscères abdominaux.

Description de la pièce pathologique. — Péricarde ; il offrait une injection vive, arborisée, un épanchement séro-sanguinolent abondant, légèrement épaissi.

Endocarde, le gauche surtout (était vivement arborisé) ramolli, avait perdu de sa transparence.

Vaste hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur; les parois du ventricule droit amincies; les fibres du cœur sont flasques, molles.

(Simonart.)

N° 200. — *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur; ossification à la base d'une valvule aortique; ossification de l'artère cardiaque.*

Historique. — Jacques Vanhaelen, 69 ans, employé à la Régence, robuste, sanguin, bien conservé, charpente athlétique, taille élevée, n'a jamais été malade. Entré à l'hôpital St-Jean le 4 janvier 1839, il nous *assure* que huit jours avant, il était complétement bien portant, que jamais il n'avait éprouvé ni dyspnée, ni toux, ni palpitations; qu'à cette époque, à la suite d'un refroidissement, il fut saisi d'horripilations, courbature, douleur sous-sternale, toux sèche, suivie au troisième jour, d'expectoration visqueuse, difficile; anorexie; soif, constipation, sueurs nocturnes. Depuis quatre jours il s'était alité,; il n'avait suivi aucun traitement.

A son entrée, face hébétée, congestionnée, yeux injectés; décubitus dorsal, avec prostration légère; réponses lentes; dureté de l'ouïe, légère céphalalgie; toux fréquente, indolore, expectoration muqueuse, rare et facile; dyspnée; murmure respiratoire et sonoréité du thorax à l'état normal : çà et là du rale muqueux fin, en arrière surtout; ventre météorisé, indolore; langue sans rougeur, couverte d'un enduit blanchâtre, épais; pas de selle depuis quatre jours; urines foncées, brûlantes; peau sèche, brûlante; pouls dur à 90. Le sang tiré par la veine est vivement enflammé.

Le 6, stupeur, prostration plus prononcées; urines involontaires; insomnie; expectoration épaisse, muqueuse; ventre développé; pouls petit, mou, à 100; exacerbations deux fois le jour; pas de pétéchies. Un traitement antiphlogistique sévère est continué. (L'auscultation du cœur fait reconnaître une hypertrophie excentrique légère du ventricule gauche.)

Du 6 au 15, léger amendement.

Le 16, prostration et stupeur complètes, urines toujours involontaires; face congestée, livide, annonçant une gêne très-prononcée dans la respiration; oppression vive, toux fréquente, suivie d'expectoration muqueuse; râle sous-crépitant des deux côtés du thorax, à sa partie inférieure et pos-

térieure; sonoréité normale de toute la poitrine; respiration puérile en avant; pas de douleur; pouls mou, petit, à 94; peau sèche, brûlante.

La respiration devient de plus en plus gênée; le 18, Vanhaelen tombe dans le coma et succombe dans la matinée.

Nécroscopie. Outre les lésions que nous allons décrire ultérieurement et celles qui seront indiquées sous les n° 201, 202, 203 et 204, nous trouvons: sang d'un noir goudronné, à caillots rares et mous; injection du poumon, du tube intestinal; congestion marquée du foie, de la rate et du pancréas; vessie retractée; pas la moindre altération aux ganglions mésentériques; adhérence intime de la dure-mère aux pariétaux; injection vive des méninges, dont la séreuse contient une sérosité opaline, abondante; consistance et couleur normales de l'encéphale avec pointillation prononcée; neuf tubercules crus, du volume d'un grain de chenevis environ, durs, compactes, d'un gris-verdâtre, enveloppés d'un kyste mince et dur, disséminés vers la circonférence de l'hémisphère gauche, sous la substance grise; les parties circonvoisines n'offrent d'altérations, qu'en dehors et au niveau de la couche optique, où la substance cérébrale est ramollie, d'un gris-noirâtre, pointillée. Quatre tubercules existent à la base de l'hémisphère droit; un autre, du volume d'un petit pois, au milieu de la protubérance; à la surface du processus vermiforme supérieur, le *tubercule* désigné sous le n° 204. Induration du corps olivaire droit. Pas de lésion notable à la moëlle épinière.

Description de la pièce pathologique. — Péricarde peu injecté, sérosité citrine ℥ij.

Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur. Léger anévrisme du ventricule droit; artère cardiaque postérieure, présentant à la base du ventricule droit, de nombreuses plaques osseuses; granulations osseuses aux valvules sygmoïdes, sous l'endocarde; à la base de la valvule aortique postérieure, une plaque osseuse en gouttière, à bords tranchants. Nombreuses incrustations chondro-osseuses à la crosse de l'aorte. (Simonart.)

N° 209. — *Vaste hypertrophie excentrique du cœur; végétations aux tendons valvulaires et aux valvules aortiques.*

Historique.—Jean Hogaerts, 35 ans, terrassier au chemin de fer, robuste, sanguin, est habituellement bien portant. Hogaerts qui prétend n'avoir jamais été atteint de syphilis quoique de larges plaques cuivreuses couvrent la peau du dos, se refroidit, il y a trois mois, et présenta tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie aiguë droite qu'il négligea. Admis à l'hôpital le 5 janvier 1839, il nous rapporte que, depuis cinq jours, il a discontinué de travailler; qu'à cette époque il éprouva: frissons, élancements à la région précordiale, palpitations, lypothimies, exaspération de la douleur du côté droit, toux vive, fréquente; oppression pénible; expectoration grisâtre, souvent sanglante; fièvre ardente. Deux saignées lui ont été pratiquées; sangsues, vésicatoire large, ouvert au devant du sternum. Il offre tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie droite, passée à l'hépatisation; en outre matité à la région précordiale, très-étendue; impulsion du cœur vive, brusque; batte-

ments précipités, tumultueux, irréguliers, s'entendant dans toute l'étendue du thorax, surtout à gauche; ceux des ventricules, accompagnés d'un bruit de souffle très-prononcé, surtout à la partie latérale gauche de la région précordiale, se prolongeant de manière à ne pas laisser entendre le bruit de diastole; pouls petit, irrégulier, très-fréquent. Malgré un traitement antiphlogistique actif, Hogaerts succomba le 28 du même mois.

Nécroscopie. Hépatisation grise à droite, avec pleurésie violente; péricarde sain; foie largement engorgé, de même que la rate.

Description de la pièce pathologique. — Vaste hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur, doubles fibres musculaires, les colonnes charnues sont indurées et décolorées; son endocarde épaissi, aux valvules auriculo-ventriculaires et dans l'oreillette; végétations irrégulières, blanchâtres, friables, molles, aplaties, épaisses d'une ligne environ entre les filets tendineux qui sont au-devant des valvules aortiques et auxquelles quelques-uns d'entr'eux vont s'implanter. Ces valvules donnent elles-mêmes implantation à des végétations de même nature, allongées, formées de granulations agminées. — Vaste anévrisme du ventricule droit, sans altération à l'endocarde.

(Simonart.)

N° 220. — *Épaississement, opacité de la séreuse du péricarde. — Fausses membranes amorphes. — Légère hypertrophie excentrique du ventricule gauche; points cartilagineux dans les valvules mitrales; plaques particulières sur l'aorte.*

Historique. — Susanne Vercarren, âgée de 62 ans, journalière, fut admise à l'hôpital St-Jean le 18 décembre 1838, pour une fracture complète de la jambe droite, au quart inférieur, avec traces de contusion assez forte. Malgré son âge avancé et un facies exprimant une affection organique du cœur, elle jouit d'une santé florissante.

Le 21, on lui applique un appareil inamovible en peau de mouton préalablement mouillée.

Le 28, les douleurs qu'accuse la blessée, font enlever le bandage; il a fait développer plusieurs phlyctènes remplies de sérosité.

Le 2 janvier, nouvel appareil en peau de mouton, remplacé le 10 par celui de Desault.

Le 11, bronchite sub-aiguë; battements du cœur devenus sonores, irréguliers, étendus; présomption d'altération aux valvules.

Le 18, à cinq heures du matin, la malade est prise subitement de douleurs lancinantes, intolérables dans l'articulation tibio-tarsienne de la jambe fracturée; froid glacial des extrémités, surtout de cette dernière, sensible pour la malade et pour l'observateur; pouls petit, irrégulier, saccadé, intercurrent, intermittent; battements du cœur tumultueux, forts; face grippée; rien de particulier à la jambe. Gutt. xv laudan. dans une potion.

A huit heures, mêmes douleurs, moins intenses; Vercarren n'a jamais

ressenti de douleur arthritique, ou rhumatismale, ou goutteuse; l'auscultation ayant fait découvrir, antérieurement, une altération aux valvules du cœur, on croit, vu l'âge avancé de la blessée, à une ossification des artères et on craint la gangrène sénile.

On tâche, inutilement, de réchauffer les extrémités.

Les 19 et 20, mêmes douleurs ; dans la nuit, de onze à deux heures, froid glacial général dont le point de départ est dans la jambe droite; fourmillements, douleurs vives de cette dernière; oppression forte, lypothimies. Du reste la face est toujours grippée; les extrémités froides; la jambe d'une couleur jaune, pâle, terreuse; le pouls irrégulier, petit, intermittent; les symptômes de bronchite persistent.

Il semble à la blessée que des animaux rongeurs (ce sont ses propres expressions) lui déchirent le pied.

Le 21, couleur livide, plombée de la jambe, pied terreux, le tout insensible et d'un froid glacial. A deux doigts au-dessous de l'arcade crurale, les battements de la fémorale ne se font plus sentir; bruit de frottement en cet endroit; bruits du cœur irréguliers, tumultueux, étouffés, précipités; en haut de la poitrine, à gauche du sternum, bruit de souffle râpeux; râle muqueux dans les bronches.

Médecine expectante palliative.

Le 22, lenteur et petitesse du pouls; oppression très-forte; face moins grippée; expectoration sanguinolente; couleur livide, plombée de la jambe droite; l'insensibilité de la jambe est telle, qu'une épingle enfoncée dans les chairs, n'y provoque aucune douleur ; froid moins prononcé ; douleurs moins aiguës.

Vers le soir, face rouge, animée; yeux brillants.

Le 23, formation de phlyctènes séreuses; oppression plus forte; syncopes; sueurs froides; anxiété extrême; froid général; sentiment de cuisson et d'élancements dans la jambe gauche.

Le 24, nouvelle intensité des symptômes; battements du cœur tumultueux, irréguliers, intermittents, forts, contrastant avec la lenteur et la petitesse extrême du pouls.

Le 25, trouble passager des facultés intellectuelles; face animée; regard fixe.

Le 28, grande gêne respiratoire; anxiété extrême; face pâle et décomposée; peau chaude et sèche, parfois couverte de sueur visqueuse; pouls petit, filiforme, irrégulier; nouvelles phlyctènes; jambe de couleur livide plombée, marbrée de blanc et de rouge.

Le soir râle trachéal

Le 29, expectoration impossible; toux fréquente, rauque, caverneuse; face exprimant la douleur et l'angoisse ; battements du cœur tumultueux à peine perceptibles; sensation d'un poids énorme au haut du sternum; voix éteinte, entre-coupée.

Mort le 29 janvier 1839, à neuf heures du soir.

Description de la pièce pathologique. — Le péricarde contenait environ trois onces de matière semblable à celle de la métro-péritonite puerpérale ; des adhérences celluleuses sont établies entre les feuillets cardiaque et pariétal de cet organe; la séreuse épaissie, opaque, est couverte de

fausses membranes encore amorphes, à la partie supérieure ; dans le reste de son étendue, elle est d'une rougeur assez vive dont l'uniformité est détruite par quelques plaques d'un rouge-brun (ce dernier état pathologique est disparu par la macération).

Le cœur égalait le volume des deux poings réunis, ce qui était dû, en partie, à une légère hypertrophie excentrique du ventricule gauche, et, plus encore, au sang qui encombrait toutes ses cavités.

L'endocarde est sain ; les valvules mitrales gauches contiennent dans leur épaisseur, des points cartilagineux assez développés. La membrane interne de l'artère pulmonaire et de l'aorte est d'une belle couleur écarlate ; cette dernière est, à son origine et dans le thorax, parsemée de taches semblables à celles que nous avons vues dans l'iliaque etc.

(V. Pourcelet.)

N° 227. — *Hypertrophie du ventricule gauche du cœur ; granulations osseuses aux valvules auriculo-ventriculaires.*

Historique.—Marie Kanenberg âgée de 33 ans, prostituée, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution détériorée, entra à l'hôpital St-Jean le 26 novembre 1838.

L'invasion de sa maladie datait d'un an et demi ; d'abord atteinte de gale, elle fut traitée à l'hôpital St-Pierre, ainsi que d'une affection syphilitique pour laquelle, elle avait été transférée au dit hôpital.

Pendant le traitement de la gale, qui consistait en bains sulfureux, elle ressentit, sans cause connue, une douleur pongitive dans la région iliaque droite ; cette douleur augmentait par la moindre pression, s'irradiait dans la région lombaire. De l'anorexie, de la soif, des vomissements, de la diarrhée furent les principaux symptômes qui se manifestèrent à cette époque ; mais, bientôt, le ventre se tuméfia, devint dur ; cette tuméfaction se montra, particulièrement, à la région correspondante à l'ovaire droit ; les règles se supprimèrent pour ne plus reparaître ; la respiration devint plus difficile ; on diagnostiqua une ovarite et on la combattit par les antiphlogistiques ; ce traitement l'ayant soulagée, elle sortit de l'hôpital St-Pierre, mais, plusieurs fois après elle revint à l'hôpital St-Jean avec la même affection, où elle fut aussi toujours soulagée par les antiphlogistiques ; chaque fois qu'elle sentait une légère amélioration elle sortait de l'hôpital ; enfin elle y rentra pour la dernière fois, le 28 novembre 1838 : elle offrait, alors, les symptômes suivants ; douleur à la région de l'ovaire droit ; une vaste tumeur, molle et fluctuante, occupe tout le côté droit de l'abdomen, et semble changer de position suivant les inclinaisons que se donne la malade ; cette tumeur distend fortement les parois abdominales, qui ont une teinte luisante. Les extrémités sont œdématiées ; dysurie ; dilatation des veines ; dyspnée ; bruit de souffle au cœur ; pouls petit, irrégulier ; position assise obligée ; peu d'appétit ; insomnie ; on combattit ces symptômes par quelques applications de ventouses, et bientôt on se borna simplement à lui prescrire une boisson légèrement diurétique. Jusqu'au 6 janvier 1839, la maladie ne fit que s'aggraver ; alors des vomissements, de la diarrhée et des symptômes de fièvre hectique étant survenus, et les attribuant au développement excessif de la tumeur, on

fit la ponction, qui ne procura que peu de soulagement, car on obtint, à peine, un litre d'un liquide brun, épais, filant, comme onctueux ; aussi, ces symptômes déjà graves antérieurement le devinrent encore davantage, et elle succomba le lendemain dans la matinée.

Nécropsie. Conformément au diagnostic qu'on avait établi, il y avait une hydropisie enkistée de l'ovaire droit. Cet ovaire était transformé en une vaste tumeur ovalaire, renflée fortement à son sommet et comme pédiculée à sa base; il avait plus d'un pied en hauteur, et sa largeur pouvait aller à peu près à la même dimension. Cette tumeur était comme divisée en deux lobes par un sillon qui la traversait, cette particularité existait seulement à sa surface antérieure : elle était inégale, bosselée, molle, fluctuante en certains endroits, plus résistante dans d'autres ; des adhérences nombreuses établies par des fausses membranes, l'unissaient à la face interne des parois antérieures de l'abdomen, ainsi qu'au grand épiploon et à quelques anses intestinales. Cette tumeur formée par la distension du péritoine de l'ovaire, présentait, dans son intérieur, plusieurs kystes séparés par des cloisons assez épaisses ; ces différents kystes formaient des petites tumeurs séparées qui contenaient un liquide épais, comme onctueux, ayant la couleur du marc de café; des stries formées, par un liquide blanchâtre, sillonnaient cette matière ; à la base de la tumeur, on trouvait l'ovaire dégénéré, et un peu plus volumineux qu'à l'état normal; au-dessus de l'ovaire on trouvait aussi des masses polypeuses, également renfermées dans des cloisons : l'ovaire gauche ainsi que la matrice ne présentaient pas d'altération; on remarquait dans le vagin des traces d'anciens ulcères syphilitiques ; il y avait très-peu de liquide épanché dans le péritoine abdominal, mais il était fortement injecté, et des nombreuses adhérences étaient établies entre lui et les divers organes de la cavité qu'il tapisse : ces adhérences étaient formées au moyen de fausses membranes organisées, qui transformaient la cavité abdominale en une masse de cloisons séparées. On voyait encore beaucoup d'autres altérations que je ne puis reproduire ici.

Description de la pièce pathologique.--Les parois du ventricule gauche sont légèrement épaissies, sa cavité est moins large qu'à l'état normal, elle était complétement exsangue; les fibres musculaires avaient perdu de leur résistance ; la coloration que la macération a enlevée, était d'un rouge-pâle. (Ses valvules auriculo-ventriculaires présentaient des petites plaques au nombre de quatre à cinq, offraient la dégénérescence osseuse, ses valvules aortiques ne présentaient nulle altération.) Quant au ventricule droit, il n'offrait de remarquable qu'un degré assez marqué d'amincissement; les oreillettes étaient flasques, sans altération ; il en était de même de l'origine des gros vaisseaux.

(J. Thiry.)

CONCRÉTION.

N° 26 et 26 bis. — *Concrétion tubaire et purulente des vaisseaux fémoraux (veines).*

Historique. — Michel Cuygers, âgé de 60 ans, lymphatique, très-replet, entré le 28 août, mort le 15 octobre 1838.

Atteint, depuis trente ans, d'un rétrécissement de l'urètre, pour lequel il a été traité par les sondes de Mayor, il porte une sonde à demeure dans la vessie. Depuis quatorze jours, symptômes de néphrite gauche; fièvre; inappétence; douleur hypogastrique; catarrhe chronique ancien de la vessie; urines troubles, déposant un sédiment mucoso-purulent. Le 4 septembre, disparition de la néphrite; tuméfaction, chaleur des bourses; fièvre; introduction plus difficile de la sonde n° 10. Le 5, symptômes non équivoques d'épanchement d'urine. Le 6, gangrène du scrotum à droite. Le 10, dénudation du testicule; fistule urétrale. 1er octobre, le testicule est recouvert presque en entier; la cicatrice est très-avancée. Malheureusement des eschares vastes et profondes occupent les fesses, le dos, etc, fournissent une suppuration abondante, sanieuse, d'une fétidité insupportable; une d'elles occupant la tubérosité sciatique, suppure plus abondamment que les autres, et la sanie qu'elle fournit a une forte odeur urineuse. Les eschares, malgré tous les soins, font des progrès rapides, elles déterminent tous les symptômes de la fièvre hectique; frissons vagues; chaleur; amaigrissement; œdème; vomissements; diarrhée; toux, etc., etc.

N. B. 11 octobre, la plaie du scrotum est cicatrisée de manière que les bords de la plaie laissent entr'eux un intervalle d'une ligne, au fond duquel on voit le testicule bourgeonné.

Symptômes de résorption purulente, sans douleur locale, sans autre altération particulière à cette maladie.—Mort.

Description de la pièce pathologique. —Les veines profondes des membres inférieurs, sans offrir de traces d'altération dans leur texture, sont remplies de tuyaux durs et très-résistants, adhérents à leurs parois; ces tuyaux, assez semblables à ceux des orgues, sont bourrés d'une matière grisâtre, très-fétide, gangréneuse, semblable à celle des eschares. On cherche vainement ces tuyaux plus haut que l'origine de la veine iliaque primitive de chaque côté.

N. B. Le n° 26 représente un de ces tuyaux intact; le n° 26 bis, plusieurs morceaux incisés longitudinalement. (V. Pourcelet.)

N° 27. — *Concrétion hémato-purulente dans la veine-porte.*

Historique. — François Vanderslagmolder, 15 ans, scrofuleux, chétif, entre le 10 août 1838 et succombe le 20.

Depuis trois ans, il est atteint d'ostéite articulaire du genou gauche, l'affection a été constamment négligée, on se contentait des soins de propreté. A son entrée, il est dans un état complet de marasme, l'articulation fémoro-

tibiale gauche est toute disloquée ; de vastes ulcérations blafardes, communiquant avec elle, couvrent les chairs circonvoisines, fournissent une suppuration séro-grumeleuse, très-fétide; toute la cuisse et la jambe sont infiltrées; les veines superficielles sont très-saillantes, gorgées de sang; sensibilité des plus vives de tout le membre; quelques ulcères scrofuleux couvrent la jambe droite. Depuis son entrée, il a été saisi de frissons qui reviennent irrégulièrement et durent près d'une demi-heure. Deux jours avant sa mort, sensibilité vive à la région du cœur et dans le côté gauche, augmentant par l'inspiration profonde et par la pression. Les fonctions digestives se sont accomplies régulièrement jusqu'à sa mort.

Nécroscopie. — Encéphale, pas d'altération.

Thorax, pleurésie récente; poumons sains, exempts de collection purulente. *Cœur* hypertrophié.

Foie, offre un commencement de dégénérescence graisseuse; les autres viscères sont à l'état normal.

Veines des extrémités inférieures, celles de la jambe gauche exceptées; *iliaques* et *hypogastriques*, *tronc* décrit ci-contre, contenant du pus mêlé au sang, sans la moindre lésion aux parois des veines ni des veinules. — Carie profonde au genou et clapier purulent entre les muscles de la cuisse gauche.

Description de la pièce pathologique. — Tronc principal de la veine-porte, avant qu'elle ne se jette dans le foie, complétement obstrué par une matière concrète, d'un gris-jaunâtre, sale, friable, adhérente à la paroi interne du vaisseau, mêlée çà et là de caillots de sang noir, qui parfois semblent obstruer à eux seuls la cavité vasculaire; souvent autour d'eux, le pus concrété forme une espèce de coque, complète ou incomplète; d'autres fois, il les parsème de taches grisâtres, irrégulières. Les parois du vaisseau, examinées avec la plus scrupuleuse attention, n'ont pas offert la moindre trace d'altération; la tunique interne est d'un blanc mat.

(Simonart.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉMOIRE SUR L'AVORTEMENT;

Par J.-P. HOEBEKE, membre de plusieurs sociétés savantes.

(Suite, voir les cahiers de juillet, p. 201, août, p. 314 et décembre p. 352.)

Du diagnostic des hémorrhagies.

Comme il résulte de la remarque que je viens de faire que le diagnostic de ces affections est plus ou moins difficile suivant leur abondance et l'époque de la grossesse à laquelle elles ont lieu, il me paraît utile d'insister particulièrement sur le diagnostic différentiel de cette affection, surtout pour mettre les jeunes praticiens en garde contre des erreurs qu'il serait si facile de commettre.

Quoique M. Chevalier aît rapporté un exemple d'hémorrhagie interne qui a occasionné la mort de la femme au troisième mois de la grossesse, il semble difficile qu'à une époque aussi peu avancée, la matrice puisse se distendre assez pour que la quantité de sang qui s'y épanche aît une influence bien marquée sur les forces de la mère; cette remarque est d'autant plus applicable que l'on est plus rapproché du moment de la conception. En effet, avant le 3e ou 4e mois, on ne peut avoir comme signe pathognomonique que l'augmentation subite du volume de la matrice, avec un état particulier de tension et de dureté. Quoique à la rigueur ces signes puissent suffire pour faire soupçonner une perte de sang dans la cavité utérine, ils peuvent venir à manquer si l'hémorrhagie est peu considérable, de plus, l'organe étant encore à cette époque de la gestation dans la cavité pelvienne, il sera impossible d'en apprécier approximativement même la grosseur. Cependant l'accroissement brusque du volume de l'utérus mérite dans tous les cas de fixer particulièrement l'attention, car c'est le signe caractéristique de l'épanchement de sang dans la cavité de la matrice. L'utérus peut bien encore dans quelques cas, acquérir promptement une augmentation de volume, comme par une exhalation rapide et considérable d'eau dans l'amnios, mais alors la forme de l'organe est plus régulière, plus arrondie, le ventre grossit avec beaucoup moins de rapidité, et il ne s'y joint pas les symptômes généraux des pertes sanguines.

Comme dans les premiers temps de la grossesse, l'épanchement de sang dans la matrice n'offre d'autres signes sensibles que des coliques, des maux de reins et un sentiment de pesanteur sur le fondement; il serait assez facile de supposer une hémorrhagie utérine lorsqu'il n'y aurait qu'une simple congestion locale, parce que celle-ci offre les mêmes phénomènes. Il peut être d'autant plus difficile de distinguer, quel est celui de ces deux états qui donne lieu à ces signes, qu'ils sont tous deux de même nature, et que le premier succède souvent au second. En général, on n'indique comme caractères

différentiels, que lorsque ces symptômes dépendent de l'engorgement des vaisseaux, ils durent peu de temps, cèdent facilement au repos et à la saignée du bras ; au lieu que, s'il y a épanchement, ils se prolongent jusqu'après l'expulsion de l'embryon, quels que soient les moyens que l'on mette en usage. Dans la métrite on rencontre encore les mêmes accidents, mais il est plus difficile de confondre ce dernier état avec les précédents, parce que l'existence de la fièvre, la sensibilité du ventre à la pression, celle de l'utérus au toucher, feront suffisamment reconnaître la phlegmasie de l'utérus.

On a vu que l'augmentation brusque du volume de la matrice pendant la grossesse était un des principaux symptômes de l'hémorrhagie interne, j'ai dit aussi que dans l'hydro-amnios on observait la même chose ; j'ajouterai que le même symptôme se présente encore dans la tympanite utérine et dans la métrite. Le praticien avec un peu d'attention, parviendra toujours à distinguer ces différentes affections. En effet, dans l'hydromètre des femmes enceintes il faut deux ou plusieurs semaines pour que l'utérus acquierre un volume considérable, tandis que dans l'hémorrhagie utérine cette augmentation de volume a lieu en quelques instants, tout au plus dans un ou deux jours. Dans l'hydro-amnios il n'existe aucun accident qui annonce la perte de sang, la fluctuation devient de plus en plus manifeste, et le globe utérin conserve une forme régulière. Dans la perte interne on observe l'affaisement des forces et du pouls, de la pâleur, des syncopes, etc., la forme du ventre est moins régulière parce que l'épanchement ne se fait pas également partout, et si quelquefois on a pu remarquer de la fluctuation, comme Leroux le rapporte, elle est au moins obscure ainsi que ce praticien a eu soin de le dire.

La tympanite utérine se reconnaîtra facilement au son clair que l'on obtiendra par la percussion, et par l'absence des phénomènes généraux qui dénotent la perte de sang nécessaire pour opérer le développement de la matrice. Enfin le gonflement de l'utérus occasioné par la métrite, est peu considérable et pourrait d'autant moins être confondu avec celui qui résulte d'un épanchement sanguin, que les symptômes de l'inflammation de la matrice que j'ai indiqués plus haut, la feront facilement reconnaître.

Je pense donc qu'outre les phénomènes généraux qui résultent d'une grande perte de sang, et qui ne se manifestent point lorsque l'hémorrhagie est peu considérable, qu'on peut regarder comme caractères distinctifs des pertes internes, l'augmentation brusque du volume de la matrice, les coliques, les douleurs de reins et le sentiment de pesanteur vers le fondement.

Du pronostic des hémorrhagies.

Les hémorrhagies de l'utérus sont toujours un accident fâcheux, et leur danger varie suivant l'époque de la grossesse et du travail de l'enfantement où elles ont lieu ; il est aussi relatif à la mère, à l'enfant et à la quantité de sang qui s'écoule ou s'épanche dans la cavité utérine. Toutefois, comme je l'ai déjà annoncé, les pertes externes sont, tout égal d'ailleurs, moins dangereuses pour l'enfant que les pertes internes.

Dans les premiers temps de la gestation, l'épanchement a pour effet de séparer l'œuf de la matrice, et par conséquent de le priver de nourriture. Il ne tarde ordinairement pas à solliciter les contractions utérines et l'avortement, surtout si le sang ne peut s'écouler au dehors; on conçoit facilement que dans ce dernier cas, les effets qui viennent d'être indiqués seront plus prononcés, et que si parfois la grossesse continue, quoique la perte soit interne, ceci arrivera bien plutôt lorsque le sang a pu trouver une issue à l'extérieur. Dans tous les cas on remarque que le fœtus en est affecté d'une manière très-manifeste.

A une époque plus avancée de la grossesse, l'hémorrhagie utérine peut aussi occasioner la mort de l'enfant, elle peut encore déterminer l'avortement, quoique le fœtus ne soit pas mort; mais à moins qu'il ne soit viable, cet accident ne lui est pas moins funeste, puisque bientôt après sa naissance il cesse de vivre.

Une remarque assez importante à faire, c'est que lorsque la mort de l'enfant a été le résultat de la perte de sang, et que par conséquent ses mouvements ont cessé, quoique le travail de l'expulsion n'ait point encore commencé, la femme croit au bout de deux ou trois jours, ressentir de nouveau ces mouvements. Ces sensations sont produites par les premières contractions de l'utérus qui sont indolores. Ces contractions déterminent un mouvement de totalité dans l'organe, quelquefois même un mouvement partiel; car il est possible qu'une partie seule de ses fibres entrent en action. Ce sont ces contractions de l'utérus que les femmes prennent pour les mouvements de l'enfant; la main appliquée sur l'abdomen découvre aisément l'erreur en percevant le durcissement du globe utérin.

La métrorrhagie est donc toujours un accident très-grave pour l'enfant. Si quelquefois son effet se borne à influer défavorablement sur sa nutrition, il occasionne bien plus souvent sa mort, soit en déterminant son expulsion avant qu'il ne soit viable, soit en le privant de nourriture au point de le faire périr lorsqu'il est encore renfermé dans l'utérus. Le fœtus peut aussi périr en perdant tout son sang, c'est ce qui arrive lorsque les vaisseaux ombilicaux se déchirent et quelquefois lorsque le placenta est entièrement détaché de la matrice, alors l'enfant naît exsangue à moins que l'accouchement ne se termine très-promptement.

Dans les trois premiers mois qui suivent la conception, les pertes internes n'offrent pas autant de dangers pour la mère, parce qu'à cette époque les vaisseaux utérins sont encore trop peu considérables pour fournir une grande quantité de sang à la fois, et surtout parce qu'alors la matrice ne peut facilement se laisser distendre au point de contenir une quantité de sang suffisante pour que les forces en soient notablement affaiblies. Mais quand la grossesse est plus avancée, dès qu'elle est arrivée au quatrième mois, les dangers augmentent, parce qu'alors les vaisseaux utérins sont plus volumineux, et que la matrice se prête plus facilement à une dilatation suffisante, pour que la femme périsse par la quantité de sang qu'elle peut alors contenir. Une circonstance qui doit être notée, et que M. le docteur Deneux, en 1815, indiquait dans ses cours particuliers, c'est que le sang qui s'écoule alors est du sang artériel, dont la perte, comme l'on sait, affaiblit bien plus promptement que celle du sang noir, et

que par conséquent il faut en perdre beaucoup moins pour que la mort en soit le résultat.

Contrairement à l'opinion de Mme Boivin, qui pense que pendant la grossesse une perte utérine interne ne peut jamais être assez considérable pour occasioner la mort de la femme, je me range à celle de A. C. Baudelocque, Chevalier, De la Foterie, Baudelocque, d'autant plus que ces auteurs apportent à l'appui de leur manière de voir des faits qui prouvent que des femmes ont succombé pendant leur grossesse à des pertes internes, sans qu'une seule goutte de sang ait paru à l'extérieur, j'ai moi-même rencontré un fait de ce genre.

Obs. XXIX. — En 1831, je fus appelé pour donner mes soins, dans un village distant d'une lieue et demie de chez moi, à une femme enceinte de sept mois, qui venait de faire une chute sur les fesses, d'un lieu assez élevé; à mon arrivée, cinq à six heures après l'accident, je trouvai la femme morte; elle avait expiré depuis une demi-heure et n'avait présenté d'autre symptôme qu'un affaiblissement de plus en plus considérable. Je procédai immédiatement à la section césarienne, l'abdomen ne contenait aucun épanchement; la matrice très-volumineuse laissa, aussitôt qu'elle fut incisée, échapper une grande quantité de sang mêlé aux eaux de l'amnios, elle contenait aussi un grand nombre de caillots, l'enfant était exsangue et le placenta détaché dans les 3/4 de son étendue; aucune trace de sang n'avait paru aux parties génitales.

Dans le plus grand nombre de cas de perte interne, quelle que soit l'époque de la grossesse, il arrive que la distension de l'utérus par le sang qui s'y accumule, provoque ses contractions et expulse le fruit de la conception avant que la femme ne succombe, ou que tout au moins, la perte devienne externe, ce qui n'en diminue pas toujours le danger pour elle.

Les dangers pour la femme enceinte sont au moins aussi grands lorsqu'après avoir été interne la perte devient externe; il en est souvent de même lorsque dès le commencement le sang coule à l'extérieur. Dans ces cas, la femme s'épuise bien plus promptement, la matrice reste parfois dans un état d'inertie, tandis que souvent lorsque la perte est interne, la distension de l'utérus provoque ses contractions, ce qui est le meilleur moyen pour opérer le resserrement des vaisseaux utérins et arrêter l'écoulement du sang.

C'est après l'expulsion du fœtus et du délivre que les pertes internes offrent les plus grands dangers pour la femme, car elles dépendent alors de l'inertie de l'utérus, dont il est parfois très-difficile de réveiller l'action; à cette époque la matrice se distend facilement et offre une capacité suffisante pour contenir une grande quantité de sang; aussi doit-on particulièrement s'attacher à faire revenir régulièrement la matrice sur elle-même aussitôt que la sortie du placenta a eu lieu, et l'accoucheur ne peut jamais abandonner la nouvelle accouchée avant que le resserrement de cet organe ne soit opéré.

Traitement.

Le traitement de l'hémorrhagie se divise nécessairement en deux parties: la première que l'on nomme prophylactique, indique les moyens de la prévenir, la seconde, ou curative, comprend ceux propres à arrêter l'écoulement sanguin.

Il est certain que le meilleur moyen de prévenir la métrorrhagie c'est de s'abstenir ou d'éloigner toutes les causes qui peuvent y donner lieu. Cette indication générale est très-facile à poser, mais la pratique en est bien plus difficile. En effet, plusieurs des causes des hémorrhagies surviennent d'une manière si imprévue qu'il est impossible de s'y soustraire, d'autres agissent continuellement, sont inhérentes à la personne même, et produisent nécessairement leurs effets, à moins qu'on ne parvienne à les détruire par des moyens hygiéniques et thérapeutiques appropriés.

Les soins hygiéniques propres à détruire les effets des causes des pertes utérines ont été indiqués plus haut, lorsque j'ai énuméré ceux qui peuvent prévenir l'avortement. Il serait inutile d'y revenir ici ; je dirai seulement que c'est principalement ceux que j'ai désignés comme pouvant métiger le tempérament sanguin qui devront ici être mis en usage.

Les moyens thérapeutiques propres à prévenir les hémorrhagies de l'utérus consistent principalement dans les saignées, le repos et la diète. Lorsque des signes évidents de pléthore se manifestent, soit qu'elle soit générale ou locale, il est nécessaire de diminuer la quantité de sang par des saignées générales ou locales plns ou moins répétées suivant les circonstances.

Lorsque la femme est d'un tempérament sanguin on débutera toujours par une saignée du bras, lorsqu'elle est lymphatique ou nerveuse, ou lorsque les saignées générales auront été portées assez loin, on aura recours à des applications de sangsues autour des parties génitales mais surtout à l'anus.

Quoique la saignée soit un des principaux moyens de prévenir les hémorrhagies, on ne doit pas cependant y recourir sans nécessité.

Les déplétions sanguines faites intempestivement ou trop copieuses, peuvent elles-mêmes déterminer l'avortement, et ont été souvent cause de la mort de l'enfant. Il faut que des signes de pléthore générale ou locale existent pour qu'on soit autorisé à y recourir, et non pas suivre l'usage encore si général de saigner toutes les femmes qui sont parvenues à mi-terme. Mais une fois que ces signes se présentent, on ne doit pas hésiter d'avoir recours à ce moyen, de le répéter même plus ou moins souvent jusqu'à ce qu'on soit parvenu à les faire disparaître. La saignée peut être pratiquée un grand nombre de fois pendant la grossesse, sans nuire à la gestation, lorsque son emploi est bien indiqué : c'est ce qui est démontré par l'exemple, cité par Mauriceau, d'une femme qui accoucha à terme quoiqu'elle eût été saignée quatre-vingt-dix fois pendant sa grossesse.

Si une seule saignée pratiquée intempestivement peut donner lieu à l'avortement, elle peut aussi avoir le même résultat et surtout occasioner la mort

de l'enfant, quoiqu'elle soit bien indiquée, lorsqu'on soustrait une trop grande quantité de sang à la fois. Il vaut infiniment mieux renouveler plusieurs fois la saignée que d'en faire une forte, ou comme quelques auteurs le conseillent, de suspendre à plusieurs reprises, et durant quelques temps, l'écoulement du sang en appliquant son doigt sur l'ouverture de la veine, afin de mieux faire diversion du sang sans diminuer les forces. Cette précaution est très-avantageuse lorsqu'il y a nécéssité absolue de soustraire une grande quantité de sang en peu de temps, mais elle est peu importante lorsqu'on ne tire qu'une à deux palettes.

Si la mort de l'enfant peut être le résultat d'une saignée trop abondante, elle peut aussi arriver par suite d'une syncope de la mère, c'est donc un nouveau motif pour ne pas s'écarter des précautions que je viens d'indiquer. Mais comme la syncope peut survenir, même après une petite saignée, il est prudent de suivre la recommandation de A. C. Baudelocque, de ne saigner les femmes enceintes que quand elles sont couchées, ou tout au moins de les faire mettre au lit immédiatement après la saignée.

La quantité de sang que l'on peut tirer à la fois pendant la grossesse ne peut être rigoureusement précisée, elle est rélative au tempérament, à l'état de pléthore et aux accidents qui peuvent forcer d'y recourir. Il est rare cependant qu'on doive tirer plus d'une palette de sang à la fois chez les femmes d'une constitution lymphatique ou nerveuse, et qui éprouvent des accidents de congestion locale. S'il existe une pléthore générale, on peut sans inconvénient, en laisser couler deux palettes; mais il ne serait pas prudent de dépasser cette mesure, il est plus prudent, comme je l'ai indiqué plus haut, de revenir à la saignée une ou deux fois si le besoin le requiert. Lorsqu'il existe des convulsions ou une phlegmasie très-intense, on peut certainement se permettre des déplétions plus copieuses, parce que dans ces cas la considération de l'enfant n'est que secondaire, et qu'on ne doit avoir en vue que la mère, puisque si elle meurt, presque toujours l'enfant succombe aussi, à moins que la grossesse ne soit très-avancée.

Doit-on dans tous les cas d'hémorrhagies utérines recourir à la saignée? Cette question doit être résolue négativement; en effet, si on est appelé lorsque la femme a perdu une grande quantité de sang, lorsque la petitesse du pouls, la pâleur de la peau, le froid de tout le corps, les lypothimies dénotent une faiblesse considérable, on s'abstiendra sans doute d'avoir recours à ce moyen; il en sera de même lorsque l'hémorrhagie se manifestera chez une femme faible, lymphathique ou nerveuse, à la suite d'un effort violent, d'un accès de toux, etc., sans avoir été précédé ou sans être accompagné même de quelques signes de pléthore locale, dans ces cas, on mettra en usage quelques-uns des autres moyens recommandés contre cet accident, et que l'on emploie aussi quoiqu'on ait eu recours à la saignée; j'aurai bientôt occasion d'examiner chacun de ces moyens et d'en discuter la valeur relative.

Si dans quelques cas on doit éviter la saignée chez les personnes qui ont une méthorrhagie, on ne doit pas non plus s'en laisser imposer par l'état de petitesse et de concentration du pouls, parce que cet état peut dépendre d'une trop grande abondance de sang, comme Sydenham l'a fort bien observé. Boerhaeve dit à ce sujet, que la saignée est souvent un moyen de

ranimer les esprits et de rétablir dans toute sa force un malade faible et languissant. Dans ces cas, le pouls, quoique petit, est toujours dur et serré et on le sent, à mesure que le sang s'écoule, de petit, fréquent, serré, se développer, se relever, devenir plus plein, plus large; et l'on ne peut plus douter alors que la saignée n'ait produit un effet avantageux.

Dans quelques cas, il peut être préférable d'avoir recours aux saignées locales, soit seules, soit associées aux déplétions générales, pour prévenir ou pour combattre une hémorrhagie utérine pendant la grossesse. C'est principalement lorsqu'il n'y a qu'une pléthore locale qu'on doit les employer; on appliquera alors des sangsues, soit à la marche de l'anus, à la vulve ou à la partie interne et supérieure des cuisses. Toutefois on ne doit user de ce moyen qu'avec beaucoup de réserve, parce qu'à l'effet évacuant des déplétions locales, se joint souvent un effet révulsif, et qu'elles peuvent augmenter la fluxion sanguine sur le point où elles ont été employées. Au reste les règles données à cet égard, sont sujettes à tant d'exceptions, qu'il ne paraît pas très-prudent de s'y fier, la sagacité du praticien doit y suppléer dans la plupart des cas.

Si les déplétions générales ou locales sont un moyen général employé dans un grand nombre d'hémorrhagies utérines, le repos et la position horizontale sont d'un usage plus fréquent encore puisqu'ils doivent être employés dans tous les cas et sans exception. C'est la première recommandation que le praticien doit faire à la malade. L'effet salutaire de cette précaution est facile à déduire, il contribue à rendre la circulation plus facile vers les parties supérieures, partant, contribue à s'opposer à l'abord du sang vers l'utérus et par-là à diminuer la pléthore utérine, il rend la sortie du sang de cet organe moins facile et favorise ainsi la coagulation de ce liquide qui doit boucher les ouvertures des vaisseaux dont il s'échappe.

On aura donc soin de coucher la femme sur le dos et sur un plan horizontal, de manière que la tête, le bassin et les talons se trouvent sur le même niveau. Quelques praticiens conseillent même de placer la malade de manière à ce que le siége soit plus élevé que les épaules. Cette position me paraît favoriser trop la rétention du sang dans la cavité de la matrice, et expose trop à rendre la perte interne, pour que je conseille d'y recourir; les avantages que cette position peut procurer ne sont pas assez marqués pour compenser les accidents auxquels elle expose.

Tout en mettant la femme dans une situation horizontale et en la maintenant dans un repos absolu, on aura soin que l'air de l'appartement puisse se renouveler, et que la température ne soit pas élevée; la femme doit être dans un air frais; on doit donc éviter de faire du feu dans l'appartement, et, si c'est en été, ou si la température de l'atmosphère est élevée, on le rafraîchira au moyen d'aspersions d'eau froide dans l'appartement, ou en y favorisant un courant d'air.

Aux moyens que je viens d'indiquer, on ajoute presque toujours l'application de linges imbibés d'eau froide ou d'oxycrat sur l'hypogastre et les cuisses; quelques praticiens regardent ces lotions réfrigérantes comme nuisibles, en ce qu'elles peuvent déterminer les contractions utérines et causer ainsi l'expulsion de l'enfant avant l'époque naturelle, on les regarde aussi comme pouvant occasioner l'inflammation de l'utérus. J'ai employé

un grand nombre de fois ce moyen, mais je ne lui ai jamais vu produire les accidents qu'on lui reproche, parmi plusieurs centaines de femmes à qui j'ai donné des soins pour des pertes utérines, soit hors le temps de la gestation, soit pendant la grossesse ou après l'accouchement; ce moyen ne fut omis que chez un bien petit nombre, chez aucune je n'eus à regretter son emploi, il suffit seul, chez plusieurs, pour arrêter l'hémorrhagie, et chez toutes, il contribua puissamment à prévenir les accidents ou à éloigner ceux qui existaient. Je crois que l'excès seul est nuisible; le mode d'application peut aussi influer sur les résultats de son emploi. Les linges que j'emploie sont bien tordus et ils sont appliqués peu à peu, afin de ne pas saisir trop subitement la malade; je commence ordinairement par les cuisses, pour remonter successivement jusqu'à l'ombilic, je rends aussi la température du liquide de plus en plus basse, en me servant de l'eau qui est déjà puisée depuis quelque temps, puis de l'eau que l'on puise à mesure qu'on s'en sert, et successivement en y ajoutant du vinaigre et quelquefois même un peu d'éther.

Les douches froides sur l'hypogastre et l'application de la glace ont aussi été recommandées; je n'y ai jamais eu recours; je crois ces moyens bien plus propres à produire les accidents que je viens d'indiquer, et, comme je l'ai dit, si les lotions froides y ont donné lieu quelquefois, c'est lorsqu'on les employait de prime abord trop abondamment et à une température trop basse, lorsqu'enfin elles constituaient de véritables douches. Ces derniers moyens me semblent trop énergiques pour conseiller d'y recourir à moins d'un danger imminent pour la mère.

On peut aussi employer conjointement avec les moyens ci-dessus, les injections froides ou astringentes dans le vagin, c'est une des meilleures ressources à opposer aux pertes utérines quelque soit le temps où cet accident se manifeste. M. le professeur Kock de Bruxelles, dans un mémoire inséré dans les Actes de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de cette ville, a démontré tous les avantages qu'on pouvait en retirer, les résultats que j'en ai obtenu ont confirmé toutes ces allégations, et je suis convaincu d'avoir arrêté maintes hémorrhagies utérines et par suite prévenu plusieurs avortements, en ayant recours aux injections d'eau froide ou de vinaigre dans le vagin. On conçoit facilement que l'action de ce moyen doit être efficace, puisqu'il agit directement sur la matrice, que même pour peu que l'orifice de cet organe soit dilaté, le liquide peut atteindre une partie de sa face interne, et que par conséquent il produira bien plus certainement le resserrement de la matrice que les lotions froides appliquées à l'extérieur, qui agissent plus loin du siége de l'hémorrhagie, et qui peuvent donner lieu à une congestion utérine en refoulant le sang de la périphérie vers les organes internes.

Des morceaux de glace introduits dans le vagin, pourraient en partie remplacer les injections, leur action étant la même et agissant aussi directement sur l'organe; mais on a rarement ce moyen à sa portée, et de plus, lorsque l'action refrigérante ne suffit pas, on ne peut lui donner d'autres propriétés comme on peut le faire à l'eau, qui peut être rendue astringente, styptique etc., par l'addition du vinaigre ou d'un autre acide, de l'alun, etc.; l'usage de la glace exige aussi une plus grande surveillance, parce que son emploi inconsidéré ou trop prolongé, peut donner lieu à des accidents

graves par la forte réaction qui s'opère, lorsque son action a cessé, dans les organes avec lesquels il a été en contact, et peut ainsi déterminer une inflammation violente de la matrice.

Je pense que les injections sont encore avantageuses, parce qu'elles agissent d'une manière intermittente, et que chaque fois que le liquide vient frapper l'utérus, il lui occasionne comme une légère secousse électrique, qui doit contribuer efficacement au resserrement de cet organe en déterminant en lui un mouvement molléculaire.

Lorsque les moyens que je viens d'indiquer sont restés sans succès, on peut recourir aux maniluves simples ou sinapisés, aux frictions sèches, sur les membres supérieurs, la poitrine et le long du rachis. On peut aussi appliquer de larges ventouses sur les seins ou, comme Stoltz, un vésicatoire sur l'hypogastre. M. Camponio-Lanquin recommande une solution de sous-carbonate d'ammoniaque appliquée sur la région hypogastrique comme un excellent hémostatique.

Un moyen, qui mérite une mention spéciale, est l'application d'un sinapisme entre les épaules; M. Velpeau le recommande particulièrement et avec raison; plusieurs auteurs l'ont employé avec succès; j'ai aussi réussi par ce moyen à arrêter des pertes utérines, non-seulement pendant la grossesse, mais encore après l'accouchement et pendant l'état de vacuité de la matrice; j'en rapporterai ici quelques exemples.

Obs. XXX.—La nommée M...., âgée de 26 ans, d'un tempérammment lymphatique, mère de deux enfants, était arrivée au cinquième mois de sa troisième grossesse; le 26 mai 1834, elle avait dans la journée fait une longue marche; étant très-fatiguée, elle se mit au lit et sentit peu après l'écoulement d'un liquide par les parties génitales. Ayant regardé et vu que c'était du sang qu'elle perdait, elle me fit demander. Je lui conseillai le repos, la position horizontale, des boissons froides et acidulées, l'application sur l'hypogastre et les cuisses de quelques linges trempés dans l'oxycrat. Comme la perte était peu considérable, je me bornai à ces moyens. Le lendemain la perte continuant, j'employai jusqu'au jour suivant le traitement ci-dessus sans pouvoir faire cesser l'écoulement du sang. La femme, déjà faible avant cet accident, le devenait d'avantage de moment en moment, je commençais à craindre de ne pouvoir plus empêcher l'avortement; dans cette situation, j'essayai pour la première fois, le moyen tant recommandé par M. Velpeau; je fis appliquer un large sinapisme entre les épaules. Au bout d'une heure l'écoulement sanguin avait entièrement cessé et ne reparut plus; un bon régime rétablit les forces de la femme et la grossesse parvint heureusement à son terme naturel.

Obs. XXXI.—Au mois de mai 1836, je fus appelé pour me rendre à trois lieues de chez moi, près d'une femme qui avait une hémorrhagie utérine, à la suite de son accouchement et chez qui le placenta était adhérent. Je trouvai cette femme pâle, avec un pouls petit, une soif intense, un froid général, enfin tous les symptômes qui indiquaient que la malheureuse avait perdu une grande quantité de sang. Je crus donc devoir procéder à la délivrance, à peine ma main était-elle dans le vagin que j'y trouvai le placenta entièrement détaché que je retirai aussitôt. Je fis quelques injections froides dans l'utérus, et comme il n'y avait pas de temps à perdre, j'admi-

nistrai le seigle ergoté dont j'avais toujours obtenu de bons effets. Au bout d'une heure la perte n'ayant pas cessé, et le seigle ergoté, dont la malade avait déjà pris environ quarante grains, sans qu'aucune contraction utérine ne fut survenue, je fis appliquer un fort sinapisme entre les épaules, tout en continuant les fomentations froides sur l'hypogastre, les injections avec l'oxycrat dans la cavité utérine, et en soutenant les forces de la malade, en lui faisant prendre, de temps en temps, quelques gouttes de vieux vin de Bordeaux. Au bout d'une demi-heure environ, l'endroit, où le sinapisme était appliqué, commença à rougir, en même temps je reconnus une diminution notable de la perte laquelle avait entièrement cessé une heure après l'application du sinapisme; la matrice était totalement revenue sur elle-même. Au moyen d'un régime convenable, la femme se rétablit, mais resta pendant longtemps valétudinaire.

Obs. XXXII.—M. R....., âgée de 56 ans, d'un tempérament bilieux, dont les menstrues avait cessé de paraître depuis sept ans, fut prise tout à coup d'une perte utérine contre laquelle deux de mes collègues employèrent sans succès pendant quarante-huit heures, tous les moyens propres à arrêter une métrorrhagie, excepté le seigle ergoté et le sinapisme entre les épaules. Ayant été appelé en consultation, à mon arrivée le sang coulait assez abondamment, mais comme la femme offrait encore beaucoup de ressources, et voulant m'assurer des bons effets du moyen qui m'avait réussi dans les deux cas précédents et que mes collègues n'avaient pas encore vu mettre en usage, nous convînmes de cesser l'emploi de tout autre remède. Pendant une heure nous laissâmes continuer la perte qui restait toujours égale, au bout de ce temps, j'appliquai au lieu désigné un sinapisme que j'avais rendu très-fort; un quart-d'heure suffit pour que la place, où il était appliqué, commençât à rougir, en même temps la perte diminua notablement, et vingt nouvelles minutes écoulées, elle avait entièrement cessé.

A ces faits tirés de ma pratique je joindrai celui que M. Velpeau a rapporté dans son traité des accouchements.

Obs. XXXIII.—Une jeune femme fut amenée à la clinique externe de l'école de médecine, vers la fin de 1825. Enceinte d'environ trois mois, elle était dans le sang depuis douze heures. Nous tentâmes les secours indiqués. La perte n'en continua pas moins d'augmenter vers le soir. C'est alors qu'effrayé par la faiblesse extrême et les menaces de syncope, je fis placer un cataplasme de moutarde sur le dos; un quart-d'heure après, la diminution de l'hémorrhagie était déjà sensible, elle se reduisit bientôt à un simple suintement, qui persista jusqu'au lendemain, époque à laquelle l'œuf fut expulsé.

Ce moyen qui compte déjà un grand nombre de succès, outre ceux que je viens de rapporter, et qui est sans nul doute une ressource précieuse contre les pertes utérines, doit cependant, d'après le célèbre praticien que nous venons de citer, être manié avec prudence ; car il croit qu'il pourrait être plutôt nuisible qu'utile, si on l'employait lorsque la perte est accompagnée de réaction générale et que les symptômes de molimen hémorrhagique sont encore dans toutes leur force.

Il n'est pas que les auteurs se soient bornés à ne recommander que des moyens externes contre les pertes de sang par la matrice, qui surviennent,

soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement ou hors le temps de la conception. Une foule de substances, à administrer à l'intérieur, ont aussi été conseillées; en général, ces moyens m'inspirent bien moins de confiance que ceux que je viens d'examiner; j'en excepte un seul, le seigle ergoté qui, à de bien rares exceptions, m'a réussi chaque fois que j'y ai eu recours, mais comme il ne peut être employé pendant la grossesse que quand l'expulsion du fœtus est inévitable, j'aurai plus particulièrement à m'en occuper dans la seconde partie du traitement de l'avortement.

Je me bornerai à exposer succintement les diverses substances qui ont été indiquées comme propres à arrêter les hémorrhagies utérines ; il me suffira de dire que chaque auteur rapporte des exemples pour prouver l'efficacité du remède qu'il préconise. Mais comme probablement aucune de ces substances n'a été employée sans être secondée d'un ou de plusieurs des moyens externes que j'ai examinés plus haut, il m'est impossible d'assigner à chacun la part qui lui revient dans les succès obtenus. Le nombre des médicaments préconisés, la diversité de leurs propriétés, lorsqu'on ne doit chercher à obtenir qu'un seul effet, le resserrement de l'utérus, est une des principales causes du peu de confiance que je mets en eux. Parmi les substances à prendre à l'intérieur, on doit citer d'abord l'alun, vanté par Burns, l'opium dont Duncan et Rigby disent avoir retiré de grands avantages, qu'Hamilton Gooch donnait à des doses énormes et Burns à la quantité de trente gouttes de temps en temps lorsque l'irritabilité était très-grande, et dont on fait un grand usage en Angleterre ; cette substance n'est point à dédaigner, elle peut être très-utile lorsque la femme est nerveuse et irritable ; j'aurais d'autant plus de confiance dans ce médicament, que par son administration, je suis parvenu quelquefois à déterminer les véritables douleurs expulsives, de plus, il est reconnu que l'effet primitif de l'opium est de calmer, par conséquent de ralentir la circulation ; seulement on devra être prêt à s'opposer et à maintenir dans de justes bornes la réaction qui succède presque toujours au calme qu'il a produit d'abord. L'acétate de morphine, l'une des plus actives préparations, paraît avoir eu véritablement de bons effets entre les mains de M. Fabre. La digitale a aussi été préconisée par plusieurs médecins anglais. Ces divers moyens, dit M. Velpeau, sont trop peu usités en France, et il ajoute que le petit nombre d'essais qu'il en a fait, lui font penser que l'opium et l'alun ne sont pas à rejeter.

On a encore conseillé le rathania, soit en décoction, soit en extrait, la consoude, la bistorte, le sirop de coing et de corne de cerf. Le nitrate de potasse à la dose de 1, 2, 3, 4 ou 6 gros par jour, a été recommandé par MM. Goupil, Martinet, Deslandes, Carrère; le tanin à la dose de 2 grains toutes les deux heures, par M. Porta. La strychnine et la sabine ont aussi été recommandées; ces deux derniers remèdes ne viendront sans doute jamais d'un usage général, leur emploi est par trop dangereux, enfin la monésia et la créosote ont aussi été administrées contre les pertes utérines. Lorsque la perte prend le caractère intermittent on pourrait, à l'instar de M. Sobstein, tenter le quinquina, mais on devrait bien s'assurer au préalable que l'hémorrhagie ne dépend pas de l'implantation du placenta sur l'orifice utérin, dont, comme je l'ai dit, l'intermittence de l'écoulement du sang est un des symptômes. Un remède que Viardel recommande d'une manière particu-

lière, est l'eau ou la teinture de canelle, que l'on pourrait essayer sans inconvénient; il n'en est pas de même du musc que M. Hauff donne à la dose de six grains tous les quart-d'heure, ce remède est à la fois plus irritant et d'un emploi plus difficile.

Toutes ces substances, et plusieurs autres que j'omets de citer, parce que leurs effets sont encore plus incertains, doivent être secondées par les moyens externes; il serait dangereux de se fier à eux seuls, et l'on s'exposerait à perdre un temps précieux. J'ai été appelé un grand nombre de fois pour donner des soins à des femmes atteintes de pertes utérines; à l'exception du seigle ergoté, je n'ai jamais eu recours à d'autres moyens internes qu'aux boissons froides et acidulées; je suis toujours parvenu à arrêter l'écoulement du sang par les moyens externes, et cependant dans plusieurs cas, les pertes étaient considérables, et la vie des malades bien près de s'éteindre.

Lorsqu'on a eu recours aux remèdes ci-dessus ou au moins à plusieurs d'entr'eux, sans que cependant on soit parvenu à arrêter la perte, lorsque la quantité de sang qui s'est écoulée, est considérable et que la vie de la malade est en danger, si par le toucher, on reconnaît que le col utérin n'est pas encore dilaté, ou ne l'est pas suffisamment pour permettre de rompre la poche des eaux, je pense que c'est alors le cas d'employer un dernier moyen, qui consiste à opposer un obstacle mécanique, une digue qui empêche le sang de couler à l'extérieur et le force de rester dans la cavité utérine, où il pourra, dans quelques cas heureux, se coaguler et boucher les orifices des vaisseaux qui fournissaient le sang; ce moyen est le tampon.

L'idée d'introduire dans le vagin un corps qui puisse s'opposer à ce que le sang s'écoule extérieurement dans la métrorrhagie, paraît si simple et si naturelle, qu'il semble que ce moyen doit avoir été employé depuis les temps les plus reculés. En effet, Hippocrate conseillait déjà d'introduire dans le vagin, des pessaires astringents, contre les menstrues trop abondantes ou les hémorrhagies utérines; Moschion, Paul d'Égine et Nicolas de la Roche ont donné le même avis. Ces pessaires étaient composés, tantôt d'une tente molle, imbibée de vinaigre, tantôt d'une éponge trempée dans le vin ou la poix; d'autres fois d'un liniment assez épais, fait avec des plantes astringentes, dont on imprégnait un morceau de linge.

Si les pessaires que je viens d'indiquer, et qui sont bien notre tampon d'aujourd'hui, étaient connus des anciens, et employés contre les pertes utérines, rien ne prouve cependant qu'ils s'en servaient pour arrêter les hémorrhagies qui survenaient pendant la grossesse, ou à la suite des couches; seulement on trouve que le tampon fut formellement recommandé par François Ranchin, en 1645, dans son *Traité des maladies des femmes*, contre la perte immodérée de sang après l'accouchement.

Depuis cette époque son usage fut conservé, et presque tous les auteurs qui ont écrit sur l'art des accouchements ou sur les pertes utérines, en ont fait mention, les uns en vantant avec exagération les avantages que ce moyen présentait, les autres en exaltant outre mesure ses inconvénients. Les uns, tels que Leroux de Dijon, le recommandaient dans tous les cas d'hémorrhagie utérine; les autres, comme Demangeon, le rejettaient entièrement,

tandis que le plus grand nombre comme Baudelocque, St-Amand, Maygrier, Murat, Desormaux, Dugès et Mme Lachapelle, n'y recourraient que dans des cas particuliers. En général on est assez d'accord que ce moyen convient lorsqu'une hémorrhagie se déclare dans le commencement de la grossesse, parce qu'alors l'obstacle qu'il met à l'écoulement du sang à l'extérieur, permet à ce liquide de se figer et de boucher les orifices vasculaires d'où il s'écoulait, ce qui, à cette époque, arrivera d'autant plus facilement, que la cavité de la matrice ne peut contenir qu'une petite quantité de liquide et que cet organe se prête difficilement à une dilatation un peu étendue. Le tampon convient d'autant moins que la grossesse est plus près de son terme; car plus la gestation est avancée, plus facilement la présence d'un corps étranger dans le vagin, déterminera les contractions utérines; on ne peut donc alors y recourir, à moins que la mère ne soit dans un danger extrême, ou lorsqu'on a reconnu l'impossibilité d'éviter l'expulsion du fœtus.

Le tampon se fait de diverses manières, les uns se contentent de remplir le vagin avec des étoupes, de la charpie, du vieux linge, des éponges, etc.; d'autres le font en roulant une ou plusieurs compresses en cylindre qu'ils introduisent jusque dans le col utérin; quelques accoucheurs préfèrent un sachet ou une espèce de bourse remplie de substances astringentes. La manière la plus simple consiste à faire une espèce de chemise avec un linge fin enduit de cérat, que l'on introduit vide jusqu'au sommet du vagin, et que l'on remplit ensuite de boulettes de charpie, de filasse ou de tout autre corps analogue, le tout est ensuite maintenu au moyen d'un bandage en T. Le cérat facilite beaucoup plus son introduction que l'huile dans laquelle M. Burns veut qu'on immerge le tampon. Si l'on veut ajouter à l'action mécanique du tampon des propriétés médicamenteuses, on peut l'imbiber de quelques substances styptiques ou astringentes. Ces médicaments produiront également leurs effets malgré l'écoulement du sang ou la présence de caillots.

Pour bien juger des avantages que nous offre cette ressource, il est nécessaire de se rendre compte de sa manière d'agir et des résultats de son action. Le tampon agit de deux manières : 1° en opposant un obstacle à l'écoulement extérieur du sang; 2° en irritant par son contact.

Le tampon en s'opposant à l'écoulement du sang, disent les partisans de ce moyen, force ce liquide à s'accumuler dans l'utérus, à distendre les parois de ce viscère, et bientôt l'orifice des vaisseaux déchirés se trouvant comprimés, d'une part, par la résistance de la matrice distendue autant qu'elle peut l'être, et d'autre part, par le caillot qui soutient le tampon, l'hémorrhagie s'arrête. C'est en effet ce qui a ordinairement lieu dans les premiers temps de la grossesse, mais lorsque la conception est plus avancée, l'utérus peut se distendre assez pour que la femme périsse victime d'un épanchement interne, avant qu'il ne survienne des douleurs efficaces. Mais dans le plus grand nombre de cas, et quelle que soit l'époque de la grossesse, la matrice distendue par le sang et le fœtus, irritée par cette distension et par la présence du tampon, devient bientôt le siége de contractions qui expulsent le fruit de la conception. Ainsi en recourant au tampon on a à craindre, ou une perte interne, ou l'expulsion prématurée du fœtus; je crois donc avoir donné un conseil louable en avançant qu'on ne peut y

avoir recours que dans les cas où la vie de la mère est gravement compromise, ou lorsque l'expulsion de l'embryon est inévitable. Cependant dans les hémorhagies qui surviennent avant le sixième mois de la grossesse, l'occlusion de la vulve peut offrir des avantages, et on peut y recourir lorsque les autres moyens ont été employés sans succès ; toutefois, on doit avoir soin de bien en surveiller l'action. A une époque plus avancée, je dirai comme M. A. Baudelocque, que le tampon est un moyen dangereux, à moins toutefois que la perte ne reconnaisse pour cause le décollement du placenta, fixé sur le col de la matrice et recouvrant son orifice. L'auteur que je viens de citer, ajoute : « Il ne faut cependant pas encore s'abstenir de toute » surveillance, car, dans la 59e obs., Mauriceau, après avoir fait la version » de l'enfant, délivra, dit-il, la femme de l'arrière-faix, qui s'était présenté » le premier, et de quantité de caillots de sang qui avait été retenus au- » dedans ; et Desormaux parle du cas unique où il a vu une hémorrhagie » interne avoir lieu en même temps que le placenta était implanté sur l'ori- » fice de l'utérus. On conçoit que le sang retenu par le tampon puisse dé- » coller le placenta jusqu'aux membranes, detacher ensuite ces dernières, » s'accumuler dans la cavité utérine. »

Le tampon par son contact avec l'utérus irrite cet organe et en détermine presque toujours les contractions, ce qui, d'après les partisans de ce moyen thérapeutique, produit la cessation de l'hémorrhagie. Je m'empresserais certainement de recommander l'emploi du tampon si son contact avec la matrice et son séjour dans le vagin, ne produisaient d'autre irritation que celle nécessaire pour faire contracter l'utérus au point d'arrêter la perte ; mais malheureusement il n'en est pas ainsi dans la majeure partie des cas, au contraire, le tampon provoque généralement les douleurs expulsives de l'enfantement, et détermine l'avortement. La présence du tampon dans le vagin est, pour beaucoup de femmes, excessivement douloureuse et insupportable. C'est au point que dans quelques cas il a été cause de convulsions qui sont survenues, aussi ne saurait-on être trop sur ses gardes lorsqu'on emploie ce moyen.

Il résulte de ce que je viens d'exposer sur les avantages et les inconvénients du tampon, que ce moyen peut être avantageux dans quelques cas, mais que dans le plus grand nombre, il peut devenir nuisible, soit en rendant la perte interne, soit en déterminant l'expulsion du fœtus lorsqu'on pourrait encore espérer, en recourant à d'autres moyens, de faire en sorte que la grossesse parvienne à son terme naturel.

Je terminerai ce que j'ai à dire ici du tampon en exposant l'opinion de M. A. C. Baudelocque, sur l'emploi de ce moyen pendant la grossesse. « Le » tampon, dit-il, convient dans toutes les hémorrhagies rebelles de la gros- » sesse qui surviennent avant le sixième mois, et dans toutes celles qui, à une » époque plus avancée, reconnaissent pour cause l'implantation du pla- » centa sur le pourtour de l'orifice de la matrice.

» Lorsqu'on emploie le tampon après le cinquième mois de la grossesse, » il faut toujours en surveiller l'effet ; ne jamais s'éloigner de la malade ; » ne l'abandonner à elle-même qu'au bout de quelques heures et lorsqu'on » est bien certain que la matrice n'éprouve aucune distension. Il serait » même bon de comprimer pendant quelque temps le fond de cet organe

» avec les mains, et de soutenir ensuite les parois du ventre au moyen d'un
» bandage de corps que l'on serrerait autant que la malade pourrait le
» supporter. »

(*La suite à un prochain cahier.*)

VARIÉTÉS.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 27 décembre 1841.

(Présidence de M. Vleminckx).

(Suite, voir Archives, cahier de décembre 1841, p. 377 et suivantes.)

MÉMOIRES ET OUVRAGES PRÉSENTÉS.

M. le docteur De Caisne, de Hasselt, adresse trois observations manuscrites intitulées : 1° *Néphrite aiguë avec abcès dans la région lombaire;* 2° *Luxation en avant de l'extrémité sternale de la clavicule ;* 3° *Fracture simultanée des deux radius.*

M. Thiernesse demande qu'on l'inscrive pour la lecture d'une note relative à la découverte d'un nouveau muscle dans le cheval.

M. Pétry informe la compagnie qu'il s'occupe avec M. Lombard de l'auscultation et de la percussion appliquées au diagnostic des maladies de poitrine des animaux domestiques.

L'Académie reçoit de la part de M. le docteur De Losen les ouvrages suivants :

A. La traduction française de l'ouvrage du docteur Burkard Eble sur la structure et les maladies de la conjonctive. Bruxelles, 1826 ;

B. Du danger des inhumations précipitées et de l'insuffisance de l'officier de l'état civil pour la constatation des décès.

(Ce travail lui est commun avec M. le docteur Bigot et M. Vanderstraeten) ;

C. La macrobiotique des yeux. Bruxelles, 1841 ;

D. Exposé de l'hydriatique ou de la cure à l'eau froide ;

E. Coup d'œil sur l'ophthalmologie. (Extrait du *Bulletin médical belge*) ;

2° De la part de M. le docteur Casper, de Berlin :

Commentationis de tempestatis vi ad valetudinem, particula prima. Berolini, 1841 ;

3° De la part de M. le docteur Cunier :

A. Son mémoire sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme ;

B. La 2e livraison du tome VI de ses Annales d'Oculistique ;

4° De la part de M. Leroy, pharmacien, à Bruxelles :

Notice sur la pulvérisation du mercure doux ;

5° De la part de M. le docteur Talma, dentiste, à Bruxelles :

A. Mémoire sur les principaux accidents de la première dentition et sur les moyens de les prévenir ;

B. Notice sur quelques erreurs relatives à l'art du dentiste. (Extrait de la Bibliothèque médicale, 1827) ;

C. De l'importance des dents comme organes d'expression physionomique, de mastication et d'articulation des sons, et des moyens de combattre leurs maladies ou de remédier à leur perte ;

D. Considérations sur l'opération qui consiste à plomber les dents et sur les procédés employés pour l'exécuter. Bruxelles, 1829 ;

6° De la part de M. le docteur J.-E. Lequime :

A. Le 10e cahier des Archives de la médecine belge pour l'année 1841 ;

B. Le cahier d'octobre du recueil intitulé l'Abeille et l'Observateur médical réunis ;

7° De la part de M. Et. Martin, chirurgien à l'hospice de la Charité de Lyon :

Ses observations pratiques sur les fongus du rectum compliquant les hémorrhoïdes ;

8° De la part de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon :

Sa deuxième lettre sur les maladies des organes des sens.

(Ces trois derniers ouvrages ont été transmis par M. le docteur Cunier).

9° De la part de M. Jules Ansiaux :

Une observation sur l'emploi de l'extrait de belladone dans un cas de réascension du cristallin.

DÉCISIONS SUR LES COMMUNICATIONS FAITES A LA COMPAGNIE.

M. le président annonce que le bureau a nommé les deux Commissions qui seront chargées d'examiner le mémoire de M. le docteur Van Meerbeck, et de présenter les questions à mettre au concours pour les prix à décerner par l'Académie.

La première se compose de MM. Fallot, Raikem, Verbeeck, Broeckx, Pasquier et Pétry.

Le seconde, de MM. Fallot, Cranincx, Gouzée, De Lahaye, Martens et Brogniez.

M. Broeckx ayant fait connaître que le retard que l'un de ses collègues a mis dans le renvoi des pièces qui lui avaient été adressées, l'a empêché d'achever entièrement le rapport qui lui a été demandé sur la police des inhu-

mations, et sur les documents que M. le ministre de l'intérieur a communiqués à la Compagnie au sujet de la formation d'une statistique médicale du royaume, son rapport est mis à l'ordre du jour de la prochaine séance.

L'Académie adopte la proposition qui lui est faite par M. le président, de soumettre aux sections les différents mémoires manuscrits qui lui ont été présentés dans les séances précédentes.

Sont renvoyés, savoir :

A la premiève section : *Mémoires sur les fonctions du corps thyroïde, du thymus, de la rate et des capsules surrénales*, ou *théorie de la dérivation du sang ;* par le docteur Fossion, de Liége.

A la deuxième section :

1° *Quelques réflexions sur la variole et la varioloïde;* par le docteur Van Berchem, de Willebroek;

2° *Croup avec expectoration des fausses membranes;* par le docteur Rul-Ogez, d'Anvers;

3° *Quelques considérations sur les sourds-muets;* par le docteur Verté, de Bruges.

Aux deuxième et troisième sections :

Observations médicales; par le docteur Rul-Ogez, d'Anvers.

A la troisième section :

1° *Quelques mots sur la cause du mouvement de flexion qui constitue le premier temps du mécanisme de l'accouchement naturel;* par le docteur Zoude, de Tournay;

2° *Observation relative à un kyste hydatique du poignet;* par le docteur De Caisne, de Hasselt.

A la quatrième section :

Considérations médico-légales sur le raccourcissement de la plante des pieds; par le docteur Mascart, d'Ohain.

L'assemblée décide ensuite que la publication que M. le docteur Cunier a donnée aux communications manuscrites qu'il a faites à la Compagnie, s'oppose à ce qu'elles soient soumises à l'examen d'une commission et fassent l'objet d'un rapport.

DISCUSSION.

M. le président prévient l'assemblée que l'ordre du jour appelle la lecture du rapport de M. Brogniez, et la discussion des projets de lois relatifs à l'organisation de l'école vétérinaire de l'État et à l'exercice de l'art vétérinaire; l'Académie décide, sur sa proposition, que ce rapport, ayant été imprimé et envoyé à tous les membres, il n'en sera pas donné lecture et qu'elle passera immédiatement à la discussion ; elle décide, en outre, qu'il sera voté séparément sur chaque article, et qu'un second vote sera émis sur l'ensemble de chacun des deux projets.

La discussion du premier projet est ouverte par M. Stas. Les membres qui y prennent successivement part sont :

MM. Fallot, Graux, Froidmont, Ghislain, Verheyen, Verbeck, Craninx, Van Coetsem, Gaudy, Brogniez, Thiernesse, De Lavacherie, Lebeau, Pétry et Michaux.

Plusieurs amendements ont été déposés sur le bureau.

L'Académie se sépare à quatre heures et demie, après avoir décidé que l'examen du projet de loi en discussion sera repris le lendemain matin, à neuf heures.

Séance du 28 décembre.

(Présidence de M. Vléminckx.)

La séance s'ouvre à 9 heures du matin.

Sont présents : MM. Brogniez, Craninx, De Hemptinne, De Lahaye, De Lavacherie, Demeyer, Fallot, Foudrigney, François, Froidmond, Gaudy, Graux, Hensmans, Janssens, Lebeau, Lombart, Michaux, Pasquier, Pétry, Raikem, Sauveur, Seutin, Stas, Talois, Thiernesse, Van Coetsem, Verheyen, Vleminckx.

Objets divers.

L'Académie ordonne le renvoi à la troisième section des observations de M. le docteur De Caisne, présentées dans la séance d'hier.

2° Elle ordonne en outre le renvoi à la deuxième section de l'observation de M. Jules Ansiaux.

M. le président propose de procéder à la nomination de la députation, qui ira présenter à S. M. les vœux et les hommages de la Compagnie, à l'occasion du renouvellement de l'année. L'assemblée décide que cette députation se composera des membres du bureau et des autres membres, qui voudront s'adjoindre à eux.

M. Fallot annonce que la section, à laquelle il appartient, l'a chargé du rapport à faire sur le mémoire de M. le docteur Fossion, et que la commission nommée pour l'examen de celui de M. Van Meerbeck a nommé M. Raikem pour son rapporteur.

Le même membre annonce encore que la commission des prix a décidé que les 2e, 4e et 6e sections proposeraient les questions à mettre au concours pour 1842-1843, et qu'elle a choisi comme rapporteurs de ces questions MM. Craninx, de la 2e ; De Lahaye, de la 4e et Brogniez, de la 6e.

M. Van Coetsem dépose sur le bureau le rapport sur la note de M. Vanhamme, sur l'ophthalmie égyptienne, transmise par M. le Ministre de l'intérieur.

L'ordre du jour appelant la suite de la discussion du projet de loi sur l'organisation de l'école vétérinaire, la parole est accordée à M. Verheyen.

Les autres membres qui interviennent dans la discussion sont : MM. Graux, Thiernesse, Fallot, Demeyer, Stas, Craninx, Van Coetsem et Gaudy.

A 11 heures, l'assemblée suspend l'examen du projet de loi pour prendre connaissance du rapport de la première section, sur les demandes des candidats aux places de membres adjoints de la compagnie.

M. Graux rapporteur, donne lecture de ce rapport.

Les candidats présentés par la section sont :

Pour la 1re place : MM. Thirion docteur en médecine à Namur.
Fossion, idem. à Liége.
Deroubaix, idem. à Bruxelles.

Pour la 2e place : MM. Hairion, professeur à l'Université de Louvain.
Marinus, docteur en médecine, à Bruxelles.
Soupart, professeur à l'Université de Gand.

Pour la 3e place : MM. Carlier, docteur en médecine, à Bruxelles.
Demeersman, idem. à Bruges.
Habets, idem. à Liége.

M. De Lavacherie propose de ne point faire d'élection, avant que toutes les sections aient présenté leurs candidats. Cette proposition est rejetée après une discussion à laquelle prennent part MM. Vléminckx, Fallot, Michaux, Tallois et Sauveur.

L'assemblée admet au scrutin secret, la liste des candidats présentés par la première section. Elle décide ensuite qu'elle s'occupera immédiatement des élections.

M. Lebeau élève la question de savoir si les membres à nommer pourront être choisis parmi les candidats portés sur la liste adoptée par l'Académie, ou si cette liste doit être considérée comme formant trois séries distinctes, dans chacune desquelles on devra successivement choisir un candidat pour chaque place.

L'assemblée se prononce pour ce dernier mode de nomination, après avoir entendu la lecture de l'art. 11 des Statuts.

M. le président déclare que le scrutin est ouvert pour le choix du premier membre adjoint de la première section.

28 membres prennent part au vote.

Majorité absolue 15.

Le premier tour de scrutin donne, savoir :

12 voix à M. Thirion;
11 voix à M. Fossion;
5 voix à M. Deroubaix, et
1 voix à M. Marinus.

Un billet blanc est trouvé dans l'urne.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est passé à un second tour de scrutin, dans lequel les deux premiers candidats obtiennent un nombre égal de voix.

Le scrutin de ballotage amenant le même résultat, M. le président déclare que l'opération du scrutin lui paraît devoir être suspendue, dans l'ignorance où se trouve la compagnie, si déjà le gouvernement n'a pas pris de décision sur la demande qui lui a été faite, tendant, en cas de parité de suffrages, au troisième tour de scrutin, à faire considérer comme élu le plus âgé des deux candidats.

L'académie adopte cette proposition; elle décide également qu'elle procédera de suite à l'élection des deux autres membres adjoints pour la première section.

28 membres prennent part au vote.

Majorité absolue, 15.

Le dépouillement du scrutin donne :

16 voix à M. Hairion ;
7 voix à M. Marinus ;
5 voix à M. Soupart.

En conséquence, le président proclame M. Hairion membre adjoint de la première section.

Le scrutin ouvert pour l'élection du troisième membre donne, savoir :

14 voix à M. Carlier ;
11 voix à M. Demeersman ;
1 voix à M. Habets.

26 membres ayant pris part au vote, la majorité absolue est de 14.

En conséquence, le président proclame M. Carlier membre adjoint de la première section.

Le sort décide ensuite que les nouvelles présentations seront faites par la troisième section.

A midi, l'Académie reprend l'examen du projet de loi sur l'organisation de l'école vétérinaire.

Ce projet, tel qu'il a été amendé est adopté. Il sera envoyé, avec le rapport, à M. le Ministre de l'intérieur.

L'Académie décide, sur la proposition de M. Verheyen, que les dispositions du projet de loi sur l'exercice de l'art vétérinaire qui font partie du second projet de loi à l'ordre du jour, seront renvoyées à l'examen de la Commission de révision sur la législation médicale, augmentée d'un nouveau membre à nommer par le bureau, parmi ceux de la sixième section, et qu'elle examinera dans sa prochaine séance les dispositions du même projet relatives aux examens pour l'obtention du grade de médecin vétérinaire.

Elle décide également que les propositions qui lui sont faites pour changer les jours des séances ordinaires seront examinées lors de la discussion du projet de réglement définitif. M. le président rappelle à cette occasion que la discussion de ce projet devra nécessairement avoir lieu dans la séance prochaine, un arrêté royal l'obligeant à soumetttre le réglement à l'approbation de S. M. dans le terme de six mois.

Le projet de réglement est distribué à tous les membres présents.

M. le président annonce que des propositions relatives à la révision de la pharmacopée ont été déposées sur le bureau par MM. Pasquier et Martens. Le secrétaire en donne lecture. La prise en considération de la première donne lieu à une longue discussion, à laquelle prennent part MM. Fallot, Delavacherie, Stas, Craninx, Michaux, Lombard, et Seutin. Elle est retirée par son auteur, et l'assemblée adopte, sur l'avis de M. Michaux, l'ajournement de celle de M. Martens, ce membre n'étant pas présent à la séance.

M. le président pose ensuite à l'assemblée la question de savoir si elle entend que les travaux de la Commission de la pharmacopée seront continués par les soins de la cinquième section ou par les soins de cette même section transformée en Commission spéciale, par l'adjonction d'autres membres.

M. De Hemptinne demande la parole pour faire remarquer que la phar-

macopée est très-avancée, et qu'il convient, à tous égards, que ce travail soit continué par ceux auxquels il a été confié.

M. Craninx propose d'adjoindre deux ou trois médecins à la Commission actuelle; il pense toutefois qu'il serait convenable d'ajourner à une prochaine séance l'examen de toute cette affaire, qui est d'un haut intérêt pour la science et pour le pays.

La proposition d'ajournement faite par M. Craninx est adoptée.

Le secrétaire donne lecture d'une motion de M. De Lavacherie, tendant à faire indiquer sur les lettres de convocation les objets se trouvant à l'ordre du jour de l'Académie.

Ce point devant être l'objet des délibérations de l'Académie, dans la discussion du réglement, la proposition de M. De Lavacherie n'est pas prise en considération.

Le même membre demande à l'assemblée de diviser les travaux de manière à ce qu'elle puisse s'occuper de travaux scientifiques, avec plus de suite. Il se plaint du peu de temps que la compagnie a donné à ceux-ci, depuis son institution, et des inconvénients que cet état de choses présente pour ceux des membres qui ont des communications à faire. Il donne à cette occasion, sur la demande de plusieurs membres, un aperçu d'un travail qu'il a préparé sur la ténotomie appliquée au traitement des luxations et des fractures.

La *ténotomie*, dans trois faits de ce genre publiés jusqu'ici, a présenté des résultats défavorables. Son mémoire tend à démontrer que c'est à tort que ces résultats ont été attribués à la ténotomie elle-même, et il rapporte un fait où elle a eu un succès complet. Au mois de novembre dernier M. De Lavacherie a appliqué la ténotomie à une personne qui vient de quitter l'hôpital dont la direction du service lui est confiée, parfaitement guérie, après y être restée, en tout, 38 jours.

Il est donné acte à M. De Lavacherie de cette communication. Dans une prochaine séance, il sera admis à lire son mémoire.

La séance est levée à une heure.

EXTRAIT DU BULLETIN DES SEANCES

DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1841.

Président, M. MEISSER.
Secrétaire, M. MARINUS.

Ouvrages présentés.

1° Untersuchungen uber entschung des krankheits genius von Dr MARTIN GEIGEL.

2° Thèse de botanique; par CH. G. NEIS.

3° Monographie du Madi cultivé (*Madia sativa*); par VICTOR PASQUIER, pharmacien de première classe, etc. Liége, 1 vol. in-8°, 1841.

4° Bulletin de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles, (1841, n° 8).

5° Mémoires couronnés par l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles, t. XV, première partie, 1840-1841, 1 vol. in-4°.

6° De l'état actuel de la médecine en France, dissertation épistolaire d'un Allemand adressée à un de ses compatriotes, 1 vol. in-8°, Paris, 1841.

7° Journal de médecine de Lyon (octobre 1841).

8° Notice sur les travaux de la Société de médecine de Bordeaux; par M. BURGUET, secrétaire général, (1841, broch. in-8°).

9° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (mois de septembre 1841).

10° Archives de la médecine belge (cahier de septembre 1841).

11° Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges (1841, troisième livraison).

12° Nederlandsch Lancet (nos de septembre et octobre 1841).

13° Réponse aux objections faites à la Phrénologie; par le Dr LACORBIÈRE (broch. in-8°).

14. De la méthode analytique en chirurgie; par le Dr HYPPOLITE LARREY fils, Paris, 1841, broch. in-8°.

15° Journal de médecine et de chirurgie pratiques (n° d'octobre 1841).

16° Annales de la Société de médecine d'Anvers (feuilles 27-29).

17° L'examinateur médical (nos 15-19).

18° Lancette française, Gazette des Hôpitaux (nos 120-133).

Rapports propositions, etc.

19° M. Langlet dépose sur le bureau une proposition écrite dont le président donne lecture et par laquelle il demande que la Société, comme corps constitué, vote une somme pour la souscription au monument à ériger à André Vésale sur l'une des places publiques de Bruxelles.

M. Marinus appuie cette proposition et demande que la Société vote pour cet objet une somme de *trois cents francs*.

La Société adopte, à l'unanimité la proposition de M. Langlet, et le chiffre proposé par M. Marinus mis aux voix, est également adopté.

20° La parole est à M. Marinus pour lire son rapport sur les travaux et l'état de la Société. Après cette lecture, l'assemblée vote par acclamation l'impression du rapport dans les Annales.

21° M. Meisser lit le rapport suivant sur un ouvrage italien intitulé : « *Histoire des eaux minérales du royaume de Sardaigne;* par M. Bertini, président de la Faculté de médecine de l'Université de Turin. »

« Dans cette revue des principales sources minérales des états sardes, l'auteur donne sur les sources, en général, et sur chacune d'elles, en particulier, les notices les plus importantes relativement à leur position géographique et géologique, les compositions chimiques et leurs effets thérapeutiques.

Les principales de ces sources sont les eaux d'Acqui (Hasta Pompeïa) qui sont employées journellement, ont le plus grand succès pour le traitement des hémiplégies, des paraplégies, ce qui est entr'autres confirmé par les assertions de Malacorne.

» Aussi, chaque année, il s'y rend un grand nombre de malades du pays et des contrées étrangères : on a remarqué, en outre, que l'air dont on y jouit convient très-bien aux personnes dont le système nerveux est affaibli ou qui sont affectées de maladies chroniques de poitrine, avec atonie de la muqueuse des voies respiratoires : il produit au contraire de fâcheux effets sur les malades qui ont les poumons et le système vasculaire trop irritable.

Les autres eaux de la province d'Acqui, sont celles de *Castelletto d'Orba* dont on fait un grand usage pour le traitementt des rhumatismes chroniques.

» Celles de Grognardo, qui donnent environ 37 hectolitres par heure, et celles de Visone, qui sont éminemment diurétiques et très-employées dans les affections atoniques du tube digestif, surtout d'après les heureux résultats qu'en a observés Bonvicino dans sa pratique.

» Dans la province d'Alexandrie, l'eau sulfureuse *di Lu*, est préconisée dans le traitement des maladies cutanées.

Dans la province d'Asti, l'eau sulfureuse de Castelnuovo, qu'aucun auteur avant M. Bertini, n'avait fait connaître, est employée avec avantage dans les maladies de la peau ; et son action purgative et diurétique est très-manifeste.

» Dans la province de Voghera, l'on distingue l'eau ferrugineuse della

Molla qui jaillit à la partie méridionale d'une colline argilo-calcaire et qui donne environ deux cents litres par jour.

» D'après l'analyse de feu Brugnatelli, le collaborateur de notre savant compatriote Van Mons, cette eau contient :

Gaz acide carbonique libr.	4 ½	pouces cubiques.
Carbonate de chaux. . .	0, 267, 00	grammes.
Fer oxidé.	0, 080, 10	

» Brugnatelli conseillait l'emploi des eaux della Molla dans le traitement de la chlorose.

» M. Bertini fait connaître ainsi les propriétés des eaux des principales localités des États sardes.

» Son travail, qui est très-méthodique et appuyé sur les meilleures autorités qu'il cite avec la plus grande exactitude, offre tout ce qu'on peut désirer sur le sujet qu'il a traité.

» Les indications y sont présentées avec réserve, et l'auteur s'attache scrupuleusement à faire connaître les affections pour lesquelles l'emploi des eaux minérales serait éminemment nuisibles ou au moins très-hasardeux.

Nous avons l'honneur de proposer à la Société de conférer à M. le professeur Bertini, le titre de membre correspondant. »

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées.

22° M. Leroy fait un rapport verbal sur un ouvrage de M. le docteur C. B. Presl, de Prague, et propose de lui conférer le titre de membre correspondant. — Adopté.

23° M. Dugniolle lit un rapport sur l'observation de cachexie scorbutique imitant la cyanose, présentée par M. Joly. (Voy. ce rapport dans les Annales pour 1841.).

M. Joly répondant aux observations faites dans le rapport sur son travail, s'exprime en ces termes :

« M. le rapporteur, sur l'observation que j'ai eu l'honneur de vous présenter, pense, contradictoirement avec moi, que le sujet dont il s'agit était affecté d'une diathèse scrophuleuse ; à l'appui de cette opinion il invoque particulièrement l'abcès dont le jeune homme fut atteint à la joue, la lenteur de la cicatrisation et surtout la coloration de ses parois ; il expose ensuite toute la symptomatologie du scorbut, et ne trouvant pas ce tableau complet dans le narré des symptômes que j'ai fait de la maladie de mon sujet, il en conclut qu'elle n'était pas de nature scorbutique, mais bien plutôt scrofuleuse. Nonobstant ces arguments, je persiste, Messieurs, dans le diagnostic que j'ai porté de cette maladie, attendu que le commémoratif du sujet, la mauvaise nourriture, la misère et les privations auxquelles il fut exposé, le climat humide, marécageux et froid de la Hollande où il séjourna tout un hiver, sont toutes causes efficientes de cette maladie. Ces causes peuvent sans doute aussi, dans certains cas, engendrer la scrofule, mais, dans le cas actuel, elles ont, selon moi, développé une cachexie de nature scorbutique. Au reste, Messieurs, les circonstances dans lesquelles s'est trouvé notre sujet, sont signalées par Sydenham, Cullen, Joseph Frank, Balme, etc., comme propres à faire naître l'affection scorbutique. Quant au dire du rapporteur, que la diarrhée est un symptôme qui appartient

plutôt aux scrofules qu'au scorbut, je maintiens que ce symptôme est propre à la cachexie scorbutique, d'accord en cela avec l'observation, et bon nombre d'auteurs du premier mérite.

» Pour établir un bon diagnostic sur un fait pathologique quelconque, il n'est pas indispensable de voir la réunion entière des symptômes décrits dans les auteurs, comme le désire le rapporteur ; la nature ne se plie pas à ces exigences, et, à ce compte, il y aurait bien peu d'affections susceptibles d'être caractérisées d'une manière certaine, aussi la réunion d'un groupe de symptômes caractéristiques suffit-il ordinairement pour établir un diagnostic certain et fondé.

» Mais là ne se bornent pas les objections de l'honorable rapporteur, il considère les désordres survenus chez notre malade, comme ne caractérisant qu'une faible affection scrofuleuse, et n'était la cyanose, dit-il, on n'eut pas pensé à la traiter..... Je ne ferai pas à notre collègue l'injure de supposer qu'il lui faut des affections arrivées à leur dernier degré, pour mériter son attention et ses soins, ce serait pour le moins de l'inhumanité, et le vrai médecin ne vise pas à faire des miracles de thérapeutique.

» Du reste, Messieurs, en relisant la symptomatologie de l'affection qui nous occupe, vous aurez non-seulement la preuve de l'urgence d'un traitement approprié, mais vous y trouverez encore la plupart des symptômes revendiqués par le rapporteur comme pathognomoniques du scorbut, dans la citation qui accompagne son rapport. »

M. Daumerie ne peut admettre le diagnostic de l'auteur du mémoire, et regarder cette maladie comme une lésion de caractère scorbutique arrivée au dernier degré, parce que beaucoup de ses symptômes pathognomoniques comme hémorrhagies dites *passives*, pétéchies et autres manquaient entièrement.

Il ne peut pas accepter d'avantage l'avis de M. le Rapporteur, ni envisager la maladie comme étant de nature scrofuleuse, par la raison que les principaux symptômes des scrofules ne se sont point montrés ; ainsi point d'adénites, point d'engorgements mésentériques, point d'exostoses, ni caries, point d'attributs enfin de la constitution strumeuse. Se fondant sur les symptômes énumérés, comme battements de cœur, bruit de souffle, gêne de la respiration, lividité de la face et des lèvres, etc., etc., je pencherais plutôt, dit-il, pour cette lésion profonde de l'économie, désignée sous le nom de *chlorose*, d'autant plus que les traitements thérapeutiques et diététiques reconnus efficaces dans cette dernière affection ont été employés avec un succès complet. Il félicite l'auteur du mémoire sur son excellent tact de praticien qui, bien que son diagnostic fût peu exact, n'en a pas moins heureusement saisi les moyens véritablement curatifs, et écarté les antiscorbutiques proprement dits, tels que les crucifères, les végétaux frais, etc. Il termine en faisant observer que la chlorose n'est plus regardée aujourd'hui comme une maladie exclusivement propre au sexe féminin ; mais que le sexe masculin peut en être aussi attaqué.

M. Joly : « J'ai déjà répondu à la première objection de notre honorable collègue, concernant les caractères scorbutiques, et je persiste dans l'opinion que le cortége entier des symptômes d'une maladie n'est pas indispen-

sable pour la caractériser. Ainsi on rencontre bien des cas de scorbut avéré sans hémorrhagies ni pétéchies.

» Notre collègue est porté à considérer l'affection comme une chlorose, se fondant sur les battements du cœur, le bruit de souffle, la gène dans la respiration, la lividité de la face et des lèvres, etc. Mais le bruit de souffle dans le cœur n'est pas pathognomonique de la chlorose, c'est surtout le bruit de diable dans les carotides et les sous-clavières, qui caractérise cette affection, joint à la pâleur de la face et des tissus dermiques; si l'on ne tenait pas compte de ces bruits artériels que l'on constate par l'auscultation, on serait souvent exposé à se tromper sur la véritable nature de la maladie; tantôt en effet, les phénomènes gastralgiques, les dégoûts, ou les goûts dépravés, les douleurs épigastriques, pourraient d'abord en imposer pour l'existence d'une gastrite ou d'une gastralgie; les étouffements, les palpitations, le bruit de souffle donneraient le change pour une affection organique du cœur. Or, le traitement qui convient à l'une de ces maladies, serait essentiellement nuisible à l'autre, et pourrait entraîner à de fâcheuses conséquences.

» Je ne pense pas, Messieurs, que les moyens curatifs de la cachexie scorbutique résident dans l'emploi spécial des crucifères et des végétaux frais, sans doute ces moyens sont d'excellents auxiliaires; mais lorsque la constitution est fortement détériorée, lorsque le sang appauvri dans sa nature, ne fournit plus aux organes les éléments propres aux diverses sécrétions, c'est sur cette cause principale qu'il faut particulièrement diriger et son attention et les remèdes convenables. Aussi en employant chez mon malade les amers, les ferrugineux et une nourriture *végéto-animale* fraîche et abondante, je crois avoir rempli l'indication principale et la plus pressante.

» S'il fallait invoquer l'autorité des auteurs de mérite, je vous citerais une observation de Joseph Frank, d'un cas de scorbut, chez une personne qui habitait un sol marécageux, et qui n'y vivait que de végétaux ; elle en fut guérie par les toniques et par le régime animal. Huxham n'a-t-il pas rapporté que l'escadre anglaise commandée par l'amiral Martin, et croisant à la hauteur du Pas-de-Calais, fut ravagée par le scorbut quoiqu'elle abondât en végétaux et en bonne eau, etc., etc.? Quant à l'existence de la chlorose chez l'homme, cela ne fait plus doute aujourd'hui pour l'observateur instruit; nous avons vu des cas de chlorose bien tranchés chez des hommes de 20 à 30 ans. »

M. Dugniolle prend ensuite la parole pour soutenir les idées émises dans son rapport. La discussion est close et la Société ordonne l'impression de l'observation et du rapport dans les Annales.

24° M. Bigot donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Marinus, intitulé : *Essai sur l'hygiène du soldat* et propose d'abord de faire imprimer ce mémoire dans les Annales de la Société, et en second lieu d'en faire tirer à part un certain nombre d'exemplaires et de l'adresser en double à M. le Ministre de la guerre et à M. l'Inspecteur général du service de santé de l'armée. Ces conclusions mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité. Il est également décidé que le rapport de M. Bigot sera imprimé à la suite du mémoire.

25° M. Seutin fait un rapport sur une observation de cancer occupant

la région inguinale gauche, présentée par M. Langlet et dont il propose l'impression dans les Annales.

M. Daumerie tout en félicitant l'auteur sur ses efforts tendant à faire ressortir les dangers des caustiques intempestivement employés dans les lésions cancéreuses, exprime le regret que M. le docteur Langlet n'ait pas cherché à attirer l'attention des praticiens sur la diathèse cancéreuse, parce que le cancer n'étant jamais une maladie locale, c'est à des moyens généraux qu'il faut recourir quand on veut tenter des guérisons radicales et que le caustique et le fer tranchant ne sont que d'infidèles palliatifs qui, assez fréquemment, ne font que précipiter le terme fatal. Il engage l'auteur à reprendre la question pour la traiter complétement.

» L'emploi des caustiques dans les affections cancéreuses des seins, est un puissant moyen de thérapeutique et qui n'est pas a dédaigner. Mais ces moyens, comme tous autres, exigent de l'opérateur du tact et du discernement, il est évident qu'ils seront inefficaces lorsque la diathèse cancéreuse existe, lorsque l'économie entière est imprégnée, et le même reproche existe alors pour l'instrument tranchant. J'ai employé avec succès le caustique suivant sur des tumeurs cancéreuses du sein, mais encore mobiles et non désorganisées, et surtout lorsque l'état général du sujet m'offrait des chances de succès. Ce caustique se compose d'une pâte faite avec les chlorures de zinc, et d'antimoine l'arsenic, et de la farine. Cette pâte est facile a manier et détruit assez promptement les tissus sur lesquels on l'applique. J'ai tout lieu de croire, Messieurs, que le chirurgien de cette ville, dont parle le rapporteur, emploie une pâte semblable à celle-là; il est fâcheux qu'il en fasse encore un mystère aujourd'hui, et surtout qu'il ne donne pas connaissances des faits de sa pratique sur lesquels il fonde ses succès, tout en ayant la franchise d'avouer ses revers, car c'est ainsi que doit agir tout homme de l'art consciencieux. »

Les conclusions du rapport de M. Seutin sont ensuite adoptées, ainsi que l'insertion du rapport à la suite de l'observation.

26° La Société procède ensuite à l'élection du Comité de publication qui se trouve composé de MM. De Losen, Dieudonné, Nollet et Marinus.

La séance est levée.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1841.

Ouvrages présentés.

1° Lancette française, Gazette des hôpitaux (nos 134-147).

2° L'examinateur médical (nos 20-23).

3° Journal de médecine et de chirurgie pratiques (novembre 1841).

4° Annales de la Société de médecine d'Anvers (feuilles 30-32).

5° Essai d'une monographie des organes de la respiration de l'ordre des crustacés isopodes; par MM. Duvernoy et Lereboullet (in-8°, Paris, 1841).

6° Bulletin de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles (1841, n° 10).

7° Annales et bulletin de la Société de médecine de Gand (mois d'octobre 1841).

8° De la similitude entre l'ophthalmie d'Égypte et celle de Belgique; par le docteur Decondé.

9° Mémoire sur différentes questions qui se rattachent à l'ophthalmie de l'armée; par le docteur Decondé.

10° Deuxième mémoire sur quelques points propres à éclairer l'histoire de l'ophthalmie des armées; par le docteur Decondé.

11° Giornale Toscano di science mediche, fisiche, e naturali (tomo primo, n° 2, 1841.

12° Mémoire sur l'absorption des poisons métalliques par les plantes; par P. Louyet, in-12, Bruxelles, 1841.

Travaux manuscrits et rapports.

13° Observations sur le traitement des névralgies; par le Docteur Delcour, de Verviers. (Commissaires : MM. Dieudonné, Bigot, et Joly, rapporteur.)

14° Deux opuscules de M. le docteur Chrestien, de Montpellier, l'un sur l'influence des découvertes anatomiques depuis Vésale, jusqu'à nos jours, sur la pathologie chirurgicale, l'autre sur les affections inflammatoires et catharrales. — (Commissaires : MM. Lequime, Mouremans, et Daumerie, rapporteur.)

15° M. Dieudonné a la parole pour lire un volumineux rapport sur l'ouvrage de M. le docteur Gobée, chirurgien-major à Bois-le-Duc, intitulé : *Faits cliniques sur la théorie et la pratique de la médecine et de la chirurgie.* Les conclusions sont de conférer à l'auteur de cet ouvrage le titre de membre correspondant.

M. Daumerie présente une série d'observations sur les idées théoriques et pratiques émises par M. le docteur Gobée, et soulève une discussion intéressante, qui absorbe la plus grande partie de la séance et à laquelle prennent part MM. Bigot, De Losen, Mouremans, Langlet, Dugniolle, Rieken et le rapporteur.

Les conclusions du rapport sont ensuite adoptées et la Société ordonne l'impression du travail de M. Dieudonné dans les annales.

16° M. Mouremans lit un rapport sur le mémoire de M. Rieken, relatif à l'emploi de l'*asa fœtida dans la coqueluche,* et conclut à l'impression dans les annales. — L'assemblée adopte ces conclusions et vote l'impression du rapport.

17° M. Nollet lit un rapport sur un travail de M. Leroy, sur la *pulvérisation du mercure doux*, et conclut à des remercîments et à l'impression dans les Annales. — La Société adopte et vote également l'insertion du rapport à la suite de la notice de M. Leroy.

L'heure avancée oblige d'ajourner à la séance prochaine la lecture des autres rapports à l'ordre du jour.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

KYSTE HYDATIDIQUE DU FOIE.

SUPPURATION ; GUÉRISON.

Observation recueillie et présentée à la Société ;

Par J.-E. LEQUIME, membre titulaire.

Un ouvrier travaillant la laine, âgé de 38 ans, d'une constitution forte et sanguine, ressentait, depuis longtemps, une douleur sourde à la région épigastrique, lorsqu'il y a deux ans, il eut une fièvre intermittente, à la suite de laquelle, l'épigastre se tuméfia. Depuis, cet homme n'a éprouvé aucun accident, sa santé a toujours été bonne, jusques il y a environ quinze jours. Vers cette époque le malade a ressenti des pesanteurs à l'estomac après chaque repas, et la tumeur de l'épigastre a sensiblement augmenté. Il y a quelques jours, ayant pris des liqueurs fortes avec un de ses camarades, il fut atteint, bientôt après, de vomissements qui se sont renouvelés après chaque repas. En même temps la tumeur est devenue douloureuse : au moment où nous le voyons, pour la première fois, il est dans l'état suivant :

Le 12 mai, habitude extérieure bonne ; apparence de santé ; joues colorées; peau fraîche.— Tumeur occupant toute la région épigastrique, assez dure, résistante, présentant une fluctuation obscure , transmettant les pulsations de l'aorte inférieurement, et celles du cœur supérieurement ; douloureuse, surtout à la moindre pression. La douleur que le malade éprouve dans cette tumeur l'empêche de dormir depuis trois jours : lorsqu'il prend des aliments, ceux-ci sont bientôt rejetés par le vomissement. Du reste pas de douleur dans aucune autre partie du corps ; pas de soif; pas de fièvre; le pouls est dans l'état naturel.

Prescription : 15 sangsues sur la tumeur ; cataplasme ; bain ; eau d'orge pour boisson.

Les phénomènes que présente ce kyste , dont l'existence remonte , sans doute, à plusieurs années, dépendent de ce que l'inflammation s'y est développée depuis quelques jours : de là la douleur. Cette tumeur n'est certainement pas un abcès du foie , car ceux-ci ne se développent pas avec une telle promptitude et sont toujours accompagnés de fièvre , ce qui n'existe pas ici. Quant aux vomissements, il est vraisemblable qu'ils sont déterminés par la compression exercée sur le pylore par la tumeur : les sangsues sont appliquées dans le but de diminuer l'irritation du kyste.

Le 13, les sangsues ont rendu beaucoup de sang, mais la douleur persiste dans la tumeur; elle s'étend aujourd'hui à une grande partie de la poitrine, tant antérieurement que postérieurement, et sur les côtés, jusque sous les aiselles. Le malade garde , la plupart du temps , la position assise qui semble diminuer un peu ses souffrances : lorsqu'il se couche, il est obligé de se placer sur le côté gauche; dans la position horizontale , il éprouve un grand malaise, et la douleur augmente. Du reste pas de fièvre; pas de vomissements , mais envies fréquentes de vomir.

Prescription : bain ; cataplasme; boissons adoucissantes.

Le 14, l'état du malade n'a pas changé; cette nuit la douleur a été plus forte que de coutume ; ce matin elle est moindre; on sent la fluctuation.

Prescription : 15 sangsues autour de la tumeur ; le reste comme hier.

Le 15, le malade dit avoir éprouvé cette nuit dans l'endroit correspondant à la tumeur, une sensation pénible, comme si quelque chose se déchirait ; quelque temps après il a eu deux évacuations qui l'ont beaucoup soulagé. Ce matin il a de la fièvre; la face est rouge; la peau est chaude et sèche; le pouls dur et fréquent. La tumeur est toujours douloureuse et la fluctuation manifeste. — Cette espèce de déchirement que le malade a éprouvé et qui fut suivi de deux évacuations, ne pourrait-il pas dépendre du passage des matières fécales à travers le colon dont la position normale est dérangée.

Prescription : un bain ; huile de ricin ℥j ; boissons ut suprà.

Le 16, face moins rouge ; peau dans l'état naturel : sommeil cette nuit. Douleur beaucoup moins forte dans la tumeur ; une selle ce matin. — Absence de fièvre.

Même prescription qu'hier.

Les 17 et 18, il est beaucoup mieux; la douleur du kyste est calmée; la fluctuation est très-évidente; pas de fièvre ni de chaleur à la peau.

Prescription : application de la potasse caustique , à un pouce de l'a-

pophyse xyphoïde et du rebord des fausses côtes. Cette application est faite dans le but de déterminer des adhérences entre les parois abdominales et celles du kyste.

Du 18 au 28, rien de particulier à noter. L'eschare occupe une étendue égale à celle d'une pièce de 5 francs, on l'incise de haut en bas jusqu'à l'aponévrose abdominale. La fluctuation paraît être moins sensible ; du reste le malade se trouve très-bien : il a bon appétit.

Le 29, l'eschare est presqu'entièrement détachée. Le kyste est très-douloureux ; on y introduit une sonde; il en sort une assez grande quantité de liquide; en la retirant on ramène plusieurs petits corps qui paraissent être des hydatides.

Prescription : injections dans le kyste avec une infusion de guimauve. 12 sangsues autour de l'eschare ; cataplasme de farine de graines de lin. Diète.

Le 30, la fièvre qui s'était manifestée hier après l'opération est tombée ce matin : le moral du malade est très-abattu : le ventre est douloureux dans toute son étendue, surtout à la pression ; diarrhée.

Même prescription ; lavement émollient.

Le 2 juin, le dévoiement et les douleurs du ventre ont cessé ; la face est meilleure ; les urines, cependant, sont rendues avec difficulté ; la chaleur de la peau est naturelle ; le pouls sans accélération.

Infusion de graines de lin ; eau de riz ; bain de siége.

Le 3, même état à peu près ; coliques ; urines très-rares ; peu de soif ; pas de fièvre.

Même prescription.

Le 4, l'ouverture du kyste est entièrement oblitérée, on ne sent plus de fluctuation dans la tumeur ; la plaie suppure, le pus est de bonne nature ; elle tend à se cicatriser.

Alimentation légère.

Le 15, la plaie est complétement cicatrisée et la convalescence déclarée.

RAPPORT

SUR

L'OUVRAGE INTITULÉ :

Die Mercurialkrankheit in allen ihren Formen, geschichtlich, diagnostisch und therapeutisch dargestellt, von G. Ludw. Dietrich, der gesammten Heilkunde Doctor, pract. Arzté zu München und einiger gelehrten Gesellschaften Mitgliede. Leipzig, 1837. 8. 424 p. viii.

(*La maladie mercurielle sous toutes ses formes, exposée sous ses rapports historique, pathologique, diagnostique et thérapeutique*) (1).

L'auteur annonce dans la préface de son ouvrage qu'il est élève de Schoenlein et de Ringseis et se dit partisan du système de médecine adopté par ces médecins, ainsi que des principes pathologiques suivis par Jahn et Eisenmann ; il s'est occupé, tant pendant ses voyages scientifiques que durant la carrière médicale qu'il a parcourue à Munich, d'une manière particulière du traitement des maladies syphilitiques et c'est à ces occasions qu'il a recueilli ses observations sur la maladie mercurielle.

M. Dietrich commence par citer la bibliographie, puis il parcourt l'histoire du mercure et de la maladie mercurielle ; il s'occupe ensuite de la nosologie de la maladie mercurielle et il passe en revue toutes les formes de maladies aiguës et chroniques qu'elle produit ainsi que les névroses somatiques et psychiques, au développement desquelles elle donne lieu.

L'ouvrage de M. Dietrich nous paraît offrir quelques lacunes en ce qui concerne la fièvre mercurielle, l'étiologie, la combinaison, l'étendue géographique, le cours, les terminaisons et le pronostic de la maladie en question. De même, nous croyons insuffisante la division de la maladie mercurielle en formes aiguë et chronique, puisque d'un côté l'organe dans lequel la maladie a pris siége, en doit nécessairement modifier, en quelque sorte, le cours, et que de l'autre les mêmes formes suivront un cours lent ou rapide selon la différence des individus chez lesquels elles se présentent.

Néanmoins nous sommes d'avis que le livre de M. Dietrich constitue l'ouvrage le meilleur et le plus complet sur la maladie mercurielle que possède la littérature médicale. Nous avons lu surtout avec grand intérêt tout ce que nous a communiqué l'auteur sur le traitement de la maladie mercurielle,

(1) MM. De Losen, *Commissaire;* Rieken, *Rapporteur*.

sur le ptyalisme et sur le traitement de la symphorèse (ou de l'état congestionné) du périoste.

En somme, nous jugeons ce livre digne d'être rendu accessible aux médecins belges et français par une bonne traduction. en outre nous proposerons à la Société de voter des remercîments à l'auteur pour son importante communication, et de lui conférer le titre de membre correspondant.

Bruxelles, le 20 janvier 1842.

RAPPORT

SUR

L'OUVRAGE INTITULÉ :

Untersuchungen über Entstehung des Krankheitsgenius, dessen einzelne Formen und Gesetzgebung für aerztlihe Handeln, namentlich in Bezug auf die Jetztzeit, (1)

VON

Dr MARTIN GEIGEL, practischem Arzte in Würzburg.

Würzburg, 1840, bei Voigt und Mocker.

(Recherches sur l'origine du genius morborum, ses différentes formes etc.)

L'auteur tâche dans ce livre de donner, sur la base de la physiologie moderne, une explication détaillée du *genius morborum*. En posant en principe que les temps, les âges et les aliments changent le sang, que le sang change la réaction des nerfs et que la réaction diverse des nerfs détermine aussi bien le caractère que le cours des maladies, M. Geigel fait l'application de ce principe aux formes élevées et les plus élevées des maladies du système veineux, et s'occupe successivement de la fièvre intermittente, de la fièvre rhumatismale, de la coqueluche, de la fièvre dite: suette, de la fièvre jaune, de la fièvre putride, du scorbut, de la peste, du typhus, enfin du choléra-morbus.

Bien que l'ouvrage de M. Geigel témoigne d'une manière remarquable en

(1) MM. ED. DE LOSEN, MEISSER, *Commissaires;* RIEKEN, *Rapporteur*.

faveur du zèle et de la vaste érudition de ce médecin, nous n'en saurions donner l'analyse même la plus succincte.

Nous croyons du reste de notre devoir de diriger de préférence l'attention de la Société sur le chapitre qui traite de la coqueluche. M. Geigel prétend avoir très-promptement guéri cette maladie au moyen d'un mélange composé de tannin et d'acide benzoïque employé dans la période convulsive de la coqueluche, la période fébrile ayant été préalablement combattue par d'autres médicaments, à savoir par des décoctions de tamarin, mêlées d'acide citrique cristallisé et de muriate d'ammoniaque, par de la limonade prise en abondance et par le calomel, qu'il prescrit lorsqu'il existe de la constipation.

M. Geigel donne de 2 en 2 heures aux enfants âgés de six mois, une poudre composée d'un tiers de grain à un demi-grain de tannin et d'autant d'acide benzoïque. Les enfants âgés d'un an à deux ans reçoivent un grain de chaque substance, et les enfants plus âgés en reçoivent un grain et demi ou tout au plus deux grains. M. Geigel assure qu'au moyen de cette médication la toux perd instantanément sa violence et que les quintes n'apparaissent plus qu'à de longs intervalles; ce qu'on observe principalement pendant la journée. Il prétend en outre que la toux disparaît ordinairement tout à fait au bout de cinq à huit jours ou même après un espace de temps plus court et qu'il ne reste alors aux enfants qu'un rhume fort léger qui lui-même ne tarde pas à disparaître.

Bruxelles, le 25 janvier 1842.

Rapport sur un travail intitulé:

DE GASTROMALACIA ET GASTROPATHIA INFANTUM.

Auctore Franc. Xav. RAMISCH. Pragae, 1824 (1).

L'auteur a eu l'occasion de rencontrer sur un nombre de 43 enfants morts, dont il a fait l'autopsie, neuf fois la perforation de l'estomac produite par la gastromalacie. Il communique les détails de ses observations dans le présent mémoire et en outre le résumé des recherches qu'il a faites à ce sujet dans les différents journaux et mémoires de médecine.

L'auteur distingue la gastropathie de la gastromalacie. La première con-

(1) Ed. De Losen, Mouremans, *Commissaires*; Rieken, *Rapporteur*.

siste, d'après lui, en ce qu'elle constitue l'ensemble des symptômes qui dénotent durant la vie l'existence de la gastromalacie, tandis qu'il appelle gastromalacie la transmutation des membranes de l'estomac en une masse molle, pultacée, gélatineuse et peu ou non résistante.

Nous ne saurions apprécier cette distinction, parce que la dénomination de gastropathie n'annonce pas d'une manière évidente, l'existence de la gastromalacie, et que les symptômes d'une gastropathie, à savoir les vomissements et la diarrhée, peuvent également exister sans qu'il y ait en effet gastromalacie. *Henke* a été le premier qui a donné à la maladie dont il est question, le nom de gastromalacie.

Ce nom-là nous paraît mieux convenir à cette affection morbide, attendu qu'il dénote plus clairement le *processus* pathologique qui existe dans l'estomac.

L'ouvrage de M. Ramisch est divisé en trois sections. La première section est composée de trois chapitres, dont le premier s'occupe de la nosographie.

L'auteur énumère d'abord les symptômes et le cours de la gastropathie des enfants. Cette affection se présente, d'après lui, de deux manières. Elle est ou *simple*, dans lequel cas elle se montre sous une forme tantôt aiguë tantôt lente, ou elle est *compliquée*. M. Ramisch parle ensuite de la gastromalacie que l'on rencontre sans qu'il ait existé préalablement une gastropathie, puis il s'occupe des terminaisons de la gastropathie et il finit par communiquer les résultats des autopsies.

Dans le 2e chapitre, l'auteur expose le diagnostic. Après avoir passé en revue les symptômes essentiels de la gastropathie, il énumère les différences qui existent entre cette dernière et les maladies semblables. En dernier lieu il fait la description des caractères essentiels que présente la gastromalacie.

Le 3e chapitre contient l'*étiologie* de la gastropathie et de la gastromalacie, tant en ce qui concerne leurs causes prédisposantes, qu'en ce qui a rapport à leurs causes occasionnelles et à leur cause prochaine.

La thérapie et le traitement prophylactique de la gastropathie font le sujet de la *deuxième section ;* la *troisième* enfin contient les résultats de neuf autopsies faites par l'auteur.

Quant à notre opinion sur l'ouvrage de M. *Ramisch,* nous sommes d'avis que ce livre a contribué à l'époque où il a été publié, à faire mieux connaître aux médecins la maladie dont il est question. Nous ne pouvons cependant vous dissimuler qu'il n'est nullement au niveau de nos connaissances actuelles de cette affection morbide, vu les immenses progrès, qu'a faits la médecine sous ce rapport depuis l'année 1824. On pourra se convaincre de ce que nous venons d'énoncer, si l'on veut parcourir l'article, concernant la gastromalacie, élaboré par M. le docteur *Most* dans son encyclopédie de médecine. Vol. 1. p. 873 sqq. Leipzig, 1836.

Nous croyons néanmoins que l'auteur a bien mérité de la science et c'est ce qui nous engage à vous proposer d'inscrire le nom de M. Ramisch sur la liste de vos membres correspondants.

Bruxelles, le 25 janvier 1842.

RAPPORT SUR UN OUVRAGE INTITULÉ :

RELAZIONI

In saggio delle opere di GIAMBATISTA BELLINI,

Toscano, primo chirurgo operatore e candotto in Lugo, dottore in medicina e chirurgia nella monarchia Austriaco, etc.

Rovigo, 1850.

Dans ce recueil qui ne comprend pas moins de 224 pages, M. le docteur Bellini, qui est le traducteur en langue italienne du grand ouvrage de Mascagni sur les vaisseaux lymphatiques, a inséré plusieurs mémoires intéressants de médecine et de chirurgie qui sont le fruit de sa pratique dans sa patrie.

Parmi ces observations cliniques qui toutes portent le cachet d'une érudition éclairée, nous citerons ce que l'auteur dit de l'emploi de l'arsenic à l'extérieur.

M. Bellini a employé le remède de Hellmund, dont la base est l'arsenic, dans la forme ulcéreuse et croûteuse du cancer cutané, contre la dartre rongeante et quelquefois contre le cancer glandulaire, c'est-à-dire après l'extirpation d'un cancer de la mamelle, lorsque la plaie prenait un mauvais aspect, et même contre des tumeurs qui s'ouvraient dans le voisinage de la cicatrice.

Presque toujours ce traitement a été suivi d'une guérison complète. L'irritation de la surface cutanée n'a été suivie d'accidents dans aucun cas.

Le grand avantage que présente ce mode de traitement sur celui du frère Cosme, c'est qu'il cause beaucoup moins de douleur; on peut augmenter ou diminuer l'intensité de son action; on peut l'appliquer sur des parties où le moyen du frère Cosme ne peut pas être porté avec autant de facilité.

La pommade de Hellmund attaque peu ou point les parties saines, voisines de l'ulcère, avec lesquelles elle est mise en contact.

Enfin ce moyen ne laisse point de cicatrice difforme; la teinte de cette cicatrice diffère peu de celle de la peau, et quoique l'ulcère ait été très-étendu, la cicatrice est en proportion fort petite.

Quant à l'emploi à l'extérieur de l'arsenic, M. Bellini cite en sa faveur Mascagni, dans son bel ouvrage sur les vaisseaux lymphatiques (Storia di vasi linfatici di Mascagni, traduzione di Bellini, t. II, ediz. 2), (Firenze), Rubini, qui en a obtenu de grands succès (Giornale medico).

Mais il fait remarquer que Morgagni (Epistolæ) était d'un avis opposé, et

qu'il craignait l'absorption du poison, bien que d'après l'expérience des plus célèbres chirurgiens et entr'autres de Monteggia, ce moyen doit être préféré à tous les autres. — Enfin l'auteur, dans toutes les questions qu'il traite se fait constamment une loi de mettre en présence toutes les opinions, et il fait preuve d'autant d'indépendance de jugement que de connaissances étendues dans la littérature médicale.

Nous avons l'honneur de proposer à la Société de conférer à M. le docteur Bellini le titre de membre correspondant.

Dr Meisser.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE DE LA COQUELUCHE;

Par M. JOURDAIN, docteur en médecine à Binche.

L'irritation des nerfs de la poitrine, produite par une infection miasmatique du sang, est la cause des phénomènes morbides qu'on désigne sous le nom de coqueluche.

L'absence de lésions du tissu nerveux est une particularité commune à toutes les névroses. Les résultats négatifs des recherches de Billard, Guersent, etc., ne prouvent donc rien. D'autre part, le fait observé par Dupuytren, Husson et Gendrin, confirme l'opinion que l'irritation du pneumo-gastrique influe sur la production des symptômes de la maladie (Roche). Comme dans les autres affections nerveuses, les malades semblent jouir, entre les accès, d'une santé parfaite, et n'obtiennent qu'un faible soulagement de la médication la plus rationnelle et la plus énergique. Comme la rougeole et la scarlatine, la coqueluche n'attaque, en général, qu'une seule fois l'individu, et se montre fréquemment sous forme épidémique. Elle se propage par infection, et n'est point contagieuse. En un mot elle offre les caractères réunis des névroses et des affections miasmatiques. — Les diverses lésions anatomiques observées après la mort, ne sont point constantes (Blache), et ne peuvent être considérées comme la cause de la maladie.

On peut donc considérer comme des opinions erronées celles qui font envisager la coqueluche, comme un catarrhe de l'estomac (Chambon), une simple bronchite (Watt, Budham, Marcus), une variété du catharrhe (Dewer, Laënnec, Dugès), une inflammation spécifique des organes respiratoires (Guersent, Rostan, etc.) Blaud attribue l'irritation convulsive à la sécrétion morbide de la muqueuse bronchique. Cette théorie, et celle qui place le point de départ des phénomènes spasmodiques dans l'encéphale (Webster, Alp. Leroy, Desruelles), ont quelque vraisemblance.

Marcus pense que la coqueluche se juge par la sueur, le sédiment dans les urines, et l'expectoration. Larry parle également de diarrhée, de dyssenterie, d'oreillons; Vandermonde, d'éruptions miliaires, qui ont mis fin à la coqueluche. L'expectoration abondante de matières incolores, muqueuses, filantes, dans le deuxième stade, met souvent fin à l'accès, et soulage beaucoup les malades (Compendium).

Il suit de ce qui précède, que les stimulants des sécrétions et les calmants doivent former la base d'un traitement rationnel de la coqueluche.

Émissions sanguines.

Dans tout état morbide, une constitution robuste est incontestablement une condition favorable, une chance de guérison. Le pronostic est toujours plus grave, chez les sujets débiles. Lorsqu'une maladie *quelconque* se déclare chez un individu d'un tempérament sanguin, présentant, en un mot, tous les avantages d'une forte constitution, pourquoi s'empresse-t-on de le *défibriner?* Si la coqueluche n'est point produite par la fibrine, puisqu'elle attaque les scrofuleux, comme les sanguins, pourquoi saigner?

Dans la coqueluche épidémique de Milan, (1815), tous les enfants qui furent saignés moururent.

MODIFICATEURS PHARMACEUTIQUES.

1. *Stimulants de la nutrition.*

Amers—Sulfate de quinine (Brendel, Cullen, Hufeland, Raisin, Robert Whytt); le gui de chêne (Blache, Cullen, Guersent, J. Frank).

Ferrugineux (Martinet).

On emploie les toniques, au déclin de l'affection, pour relever les forces du malade. Chez les sujets faibles, ils conviennent pendant toute la durée de la maladie.

2. *Stimulants de l'absorption.*

L'éponge (Erdmann), le sirop de mousse de Corse (Stéphanopoli).

Les agents de cette classe ne peuvent être considérés que comme des moyens adjuvants, chez les enfants scrofuleux.

3. *Stimulants des sécrétions.*

Émétiques.—(Baglivi, Burns, Cullen, Dehaen, Dufresnoy, Etmuller, Hecquet, Hoffmann, Huxam, Laënnec, Martinet, Rayer, Stoll, Trautwein, Vanswieten, Willis, etc.)

Le vomitif, dit Cullen, agit d'une manière générale, en interrompant le retour de l'affection spasmodique, et d'une manière spéciale, en révulsant à la peau, les congestions qui ont lieu vers la poitrine. Les auteurs du Compendium adoptent cette explication, qui nous paraît fausse. Dire qu'un remède agit, en interrompant le mal, ce n'est point expliquer son action. Expliquer le mode d'action d'un médicament, c'est indiquer les rapports de causalité qui existent entre ses effets primitifs, ou physiologiques, et ses effets secondaires, ou thérapeutiques. Dans le cas qui nous occupe, l'excitation de la peau est un des effets primitifs, physiologiques, généraux des émétiques : l'interruption des accès est un effet secondaire, thérapeutique, spécial. On a recherché et *découvert les principes actifs de chaque substance médicamenteuse.* Il faudrait rechercher aussi et *distinguer les phénomènes curatifs de chaque médication.* Sans cette connaissance, il n'y a point de médecine rationnelle.

Cullen conseille de donner entre les intervalles des vomissements, les antimoniaux, à doses absorptives. Mais la facilité avec laquelle les organes s'habituent au contact de ces substances, est un inconvénient qui contrarie souvent le praticien, quand la médication vomitive doit être fréquemment répétée. Cullen apparemment n'y a pas songé.

Purgatifs.— Le calomel est le purgatif le plus employé dans la coqueluche (Atlée, Demeza, Deweer, Gamage, Harn, Huxam, Marcus, Sydenham). L'efficacité du calomel est attribuée à son influence sur les sécrétions (Compendium). C'est ainsi qu'agissent tous les purgatifs. Sauvage préfère la rhubarbe au calomel. Le sirop de sené et de violettes nous a paru le purgatif le plus efficace et le plus facile à administrer.

Diurétiques. — Le carbonate de soude avec l'opium et l'ipécacuanha (Pearson); la scille en frictions (Wallis).

Sudorifiques. — Le soufre (Kopp, Randhahn); le sulfure de potasse (Chaussier); la résine de gaïac (Jæger); la térébenthine (Little).

Vésicants. — Le séton à la nuque (Mercatus); le vésicatoire entre les épaules, aidé de pédiluves irritants (Forbes), ou à la nuque (Sydenham, Whytt); l'essence de térébenthine (Little, Blache); la pommade stibiée (Autenrieth, Luroth).

Les exutoires paraissent peu efficaces dans la coqueluche. Bourdet, Blache, Guersent, Gilbert, Constant, Marc, Marcus, Ozanam n'ont pas eu à se louer de l'emploi de la pommade d'Autenrieth. Non-seulement l'irritation violente qui se développe sur la peau, n'entrave pas la marche du mal, mais on voit en outre survenir des accidents graves : la douleur qui résulte des ulcérations est telle, que la fièvre s'allume, l'enfant pousse des cris continuels, qui provoquent la toux; le sommeil est interrompu, et quelquefois la perte de substance est si considérable, que les cartilages costaux eux-mêmes sont atteints, le sternum mis à nu, et une suppuration abondante et fétide ne tarde pas à amener la mort (Compendium).

Dans les maladies du poumon, ce moyen cruel est bien moins efficace que le vésicatoire.

4. *Modificateurs de la circulation.*

Diffusibles. — Le rhum (Knebel).

5. *Modificateurs du système nerveux.*

Narcotiques. — L'acétate de morphine, par la méthode endermique (Berndt, Glede, Meyer); l'opium uni à l'ipécacuanha (Hufeland), au camphre et au musc (Dehaen), au styrax et à la cynoglosse (Baumes); la belladone (Blache, Guersent, Fischer, Hufeland, Jackson, Keiser, Krafft, Laence, Meglin, Michaelis, Miquel, Neurohr, Pfeuffer, Raisin, Ratier, Sandras, Schœffer, Wideman), unie à l'opium (Baron, Guersent, Pidoux, Trousseau), mêlée à l'axonge, en frictions au creux de l'estomac (Pieper), en fumigations (Furster, Magistel); la jusquiame (Dance, J. Frank, Marcus, Stoll), avec le vin stibié (Hufeland); l'extrait de ciguë (Armstrong, Butter,

Hager, Lentin, Odier, Pitschaft, Stoll, Thilesius); la laitue vireuse (Gumprecht).

L'usage interne des opiacés nous parait devoir être préféré à la méthode endermique. On attribue souvent aux médicaments administrés par la méthode endermique, des effets qui ne résultent que de l'application du vésicatoire. L'opium ne produit les mauvais effets, signalés par Storck, Frank et Marcus, que lorsqu'on l'administre à doses trop élevées. Le sirop diacode est la préparation la plus employée.—Un trop grand nombre de médecins se sont trop prononcés en faveur de la belladone, pour que cette plante ne soit pas réellement utile. Son principe actif, n'étant point volatil, les fumigations, employées par Furster et Magistel, n'ont pu produire les effets qu'ils leur ont attribués.

Antispasmodiques. — Musc (Berger, Dewees, Guersent, J. Frank, Horn, Hufeland); le castoreum (Morris); l'eau de laurier-cerise (Carron-du-Villards, Henning), en fumigations (Breffeno, Brosserio, Krimer); l'acide prussique (Caspari, Edwin Altée, Fontaneille, Grandville, Hayward, Heineken), a échoué entre les mains de Guersent, Trousseau, etc.; la digitale (Fieilling, Martius); l'asa fœtida (J. Frank, Guibert, Kopp, Rieken, etc.); l'ammoniaque, etc.

L'emploi des antispasmodiques, dans la coqueluche, compte peu de succès.

Locomoteurs. — Noix vomique (Windt).

Astringents. — Oxide de zinc (Danz, Gaubius, Guersent, Hagen, Hufeland, Meza, Michaelis, Tode, Winckler); l'eau de chaux avec partie égale de lait (Mongenot); l'acétate de plomb (Reece, Robert, Thomas).

6. *Remèdes chimiques.*

Antidotes. — Chlorure de chaux (Jolly, Roche, Wetzler) (1).

CONCLUSION.

Les vomitifs, coup sur coup d'abord, puis à des intervalles peu éloignés; le sirop de sené et de violettes; – le sirop diacode et la pommade de belladone; — et les ferrugineux, sont les moyens les plus efficaces à opposer à la coqueluche. — Le changement d'air, ou du moins la désinfection de l'air ambiant, par les chlorures, sont des précautions hygiéniques qu'il ne faut point négliger.

(1) On a encore proposé la vaccination, l'usage interne de l'ail, des cantharides, du phosphore, de l'arsenic ! ! !

THÉRAPEUTIQUE DE LA DYSSENTERIE;

Par M. JOURDAIN, docteur en médecine à Binche.

> De ces différents remèdes il y en a qui ne sont qu'indifférents, d'autres sont pernicieux. La seule véritable méthode consiste dans l'emploi des évacuants.
>
> (Tissot.)

La dyssenterie est une irritation nerveuse des gros intestins, déterminée par une infection miasmatique du sang, et manifestée par des coliques, des ténesmes, suivis d'évacuations peu abondantes de sérosité sanguinolente, et de mucosités spumeuses, souvent striées de sang.

Le besoin d'aller à la garde-robe, fréquent, douloureux, souvent impuissant, constitue le symptôme pathognomonique de la dyssenterie. *Le ventre n'est point sensible à la pression.* Comme dans la plupart des affections des voies digestives, *la langue est blanchâtre, large, humide. Il y a beaucoup de malades qui n'ont point d'altération* (Tissot); l'appétit est nul; il y a des nausées, quelquefois des vomissements. — L'appareil génito-urinaire présente souvent des lésions analogues de fonctions et de sensibilité. — Ordinairement, *la circulation est calme*; *quelquefois même le pouls est ralenti*; *la peau est pâle, sa température au-dessous de l'état normal.* Tantôt ces phénomènes ont une invasion brusque, tantôt ils s'annoncent par les prodrômes ordinaires des affections miasmatiques.

Sous l'influence de causes secondaires, la dyssenterie peut se compliquer de fièvre, d'irritation congestive de l'intestin, etc. — Lorsque le produit de la sécrétion morbide rentre dans le torrent circulatoire, lorsqu'un grand nombre de dyssentériques sont entassés dans un espace étroit, un typhus meurtrier se déclare.

La cause qui produit l'irritation nerveuse de l'intestin, détermine souvent aussi diverses altérations de tissus, auxquelles on a eu tort d'attribuer la lésion de sensibilité et de contractilité, qui constitue la dyssenterie. « Il n'est pas encore possible, disent les auteurs du Compendium, de caractériser anatomiquement la dyssenterie. »

La dyssenterie s'observe dans tous les climats, dans toutes les saisons; elle n'épargne ni âge, ni sexe, ni condition (Ozanam). Il faut donc l'attribuer à une cause générale à laquelle rien ne peut nous soustraire. Il faut admettre avec Kreissig, la présence d'un miasme particulier, spécial, dont l'action est favorisée par toutes les influences morbifères.

La dyssenterie n'est point contagieuse.

MODIFICATEURS THÉRAPEUTIQUES EMPLOYÉS DANS LA DYSSENTERIE.

1° *Stimulants de la nutrition.*

Amers. — La gentiane avec la rhubarbe et la cannelle (Gall), l'écorce

de saule (Geuns), le lichen (Græfe-Beral), avec le sirop diacode (Golfin), l'écorce de simarouba (Degner, Jussieu, Sarcone), le colombo (Bertrand, Percival, Planche).

Ferrugineux. —L'hydrocyanate de fer (Zollikoffer), le safran de Mars (Hoffmann), lavements ferrugineux (Autenrieth). Les amers et les ferrugineux ne peuvent être considérés comme des moyens curatifs dans la dyssenterie. Nuisibles chez les sujets robustes, ils peuvent être utiles aux scrofuleux, etc.

2° *Stimulants de l'absorption.*

L'iode (Brera), le mercure (Dreyssig, Lemprière, Lind, Wrighth), le calomel à doses absorptives (Houlston), uni à l'opium (Fergusson), le sublimé (Kopp), le copahu (Armstrong, Pemberton), l'huile de térébenthine (Copeland).

3° *Stimulants des sécrétions.*

Émétiques.—L'ipécacuanha (Akenside, Autenrieth, Baglivi, Balmains, Bosquillon, Buchan, Fontana, Geuns, Helvetius, Hufeland, Lachaise, Leibnitz, Richter, Tissot, Twining, Widel, etc.), le narcisse des prés (Lejeune, Loiseleur de Longchamp, Passaquay), le tartre stibié (Cullen, Huxam, Pinel, Pringle, Zimmermann), le vin stibié (Jawandt) uni à la teinture d'opium (Richter), le tabac (Diemerbroeck).

Les émétiques sont les agents les plus efficaces dans la maladie qui nous occupe. Le vomitif, dit Tissot, est le grand remède dans la dyssenterie. Dans les cas graves, il faut le répéter coup-sur-coup, ou administrer l'eau stibiée, à doses éméto-cathartiques, pour juguler la maladie. Dans les cas légers, les émétiques s'emploient à doses absorptives, unis aux narcotiques et quelquefois aux astringents.

Purgatifs. — Les purgatifs salins (Bretonneau, Clarck, Cheyne, Heberden, Mursinna, Parmentier, Thomas, Trousseau, Zimmermann), le calomel à dose purgative (Annesley, Amiel), la rhubarbe (Buchan, Degner, Huxam, Jahn, Pringle, Stoll, Stark, Tissot, Zimmermann), la teinture de coloquinte (Leo Wolf), le jalap avec la crème de tartre (Pisani), l'huile de ricin (Bang, Clarck, Dreyssig, Fraser, Jahn, Wricht). Nous avons employé avec avantage le sirop de sené et de violette.

Les laxatifs conviennent aux sujets sanguins, bilieux, pléthoriques. Les purgatifs amers sont quelquefois préférables chez les individus d'une constitution molle.

Diurétiques. — Le sous-carbonate de potasse (Erenfenvelt), nitrate de soude (Bonorden, Meyer, Volsen).

Sudorifiques.—L'ammoniaque (Keck, Martinet), le soufre (Schmitjan, Flodin).

Vésicants. — Les vésicatoires sur le ventre (Desgenettes, Durondeau, Dreyssig, Eichelberg, Fournier, Lemercier, Louyez, Villermai, Renauldin, Rullier, Vaidy), à la cuisse (Ecker); l'emplâtre de poix (Eberle).

4° *Modificateurs de la circulation.*

Diffusibles. — La bière sucrée (Blankaart), la cascarille unie à l'opium (Horn), le ledum des marais (Biverand, Odelh).

Tempérants. — L'eau froide à l'extérieur et en lotions (Brandis, Brefeld, Kent, Lindemann, Nardi, Recamier), le vinaigre froid en lotions (Herberger), les fruits mûrs (Tissot, etc.).

5° *Modificateurs du système nerveux.*

Narcotiques. — L'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique (Gouzée), l'opium (Ackermann, Dreyssig, Fallot, Gueretin, Geuns, Hargens, Hauff, Horn, J. Frank, Latour, Leube, Malin, Marcus, Mathœi, Paterson, P. Frank, Rademacher, Ramazzini, Reichter, Roche, Thomann, Vogler, Volkler, Weickard), avec l'acide nitrique (Abercrombie, Hope), avec les chlorures (Toulmouche), le lactucarium (Rothammel), les onctions d'huile de camomille et de jusquiame (Richter), l'aconit, etc.

Quand on donne de bonne heure les purgatifs (ou plutôt les vomitifs), les narcotiques sont souvent inutiles. Dans les premiers jours de la maladie, ils sont toujours nuisibles. En général, on ne doit pas y compter pour la guérison (Bosquillon).

Antispasmodiques. — Le sous-nitrate de bismuth uni à une préparation opiatique et au colombo (Archambault), les frictions camphrées (Eckmann), la valériane (Horn).

Locomoteurs. — L'arnica (Remer) avec l'alun, le camphre et le simarouba (Jahn), la noix vomique (Berends, Dahlberg, Geddings, Hagenstroem, Horn, Hufeland, Most, Muller, Odhelius, Ichaible, Wendt).

Astringents. — L'eau de chaux avec du lait (Abercrombie, Baldinger, Bretonneau, Hauff, Heine, Hunnius, Percy, Pringle, Zimmermann), l'acétate de plomb avec l'opium, après l'emploi des évacuants (Burke, Ewel, Laidlaw, Monin), l'alun (Leib) avec l'opium (Weber), le sulfate de zinc (Eberle, Moslay), le rathania (Klein, Ruster), la benoite (Callisen), etc.

Les astringents sont toujours dangereux avant, et presque toujours inutiles après l'emploi des vomitifs. « La suppression des évacuations par les astringents ou les narcotiques, est une méthode mortelle, qui tue, toutes les années, un grand nombre d'individus, et en jette d'autres dans des maux incurables (Tissot). » A petites doses, les astringents sont quelquefois utiles, combinés avec les émétiques et les narcotiques. Cette médication réussit souvent dans les diarrhées chroniques. Mais il ne faut pas confondre la *dyssenterie* avec l'*enterorrhée*.

Émollients. — L'huile d'olives (Lentin), l'eau albumineuse (Boden), la colle-forte (Gautiers), la cire jaune (Degner, Diemerbroeck, Hoffmann, Huck, Monro, Pringle, Vogel, Saunders, Widekind).

6° *Remèdes chimiques.*

Le chlore (Kopp), le chlorure de chaux (Bonamy, Reid), le charbon (Juch) uni à la poudre de Dower (Abercrombie, Zillespi).

CONCLUSION.

Dans les cas graves : eau stibiée à doses éméto-cathartiques ; vésicatoires ; eau fraîche. Dans les cas légers : sirop de sené et de violette ; acétate de morphine avec le tartre stibié ou le calomel.

EXPOSÉ

DU SYSTÈME HYDRIATIQUE.

Par M. le docteur HABETS, à Liége.

Historique. — Il s'est écoulé un peu plus de dix années, depuis qu'un paysan, Vincent Priesznitz, habitant dans un petit hameau, appelé Graefenberg, près de la petite ville Freywaldau, dans la partie autrichienne de la Silésie au milieu des Sudètes, remarqua, par hazard, la force curative de l'eau froide, contre différentes maladies de l'homme et des animaux. Le premier essai qu'il en fit eut lieu sur lui-même. S'étant cassé la jambe et se trouvant privé de toute assistance médicale au milieu de ces montagnes solitaires, il réussit à se guérir par de simples bandages arrosés d'eau froide. Frappé de ce résultat, il continua ses essais sur des animaux, et enfin, devenu plus hardi par des succès répétés, il appliqua son traitement à l'homme.

La connaissance des résultats heureux qu'il obtint se répandit promptement. On s'étonnait à juste titre qu'un paysan illettré pût accomplir des cures qu'on ne confiait qu'à des savants et que même il guérit des cas où la médecine avait échoué. Après peu d'années, une expérience suffisante sur un grand nombre de patients de toute espèce, constata l'efficacité du moyen employé. Bientôt des malades, de contrées éloignées, vinrent chercher du soulagement près de cet homme. Le manque de locaux, dans les environs de sa demeure, se faisant sentir, un petit établissement de bains fut élevé et s'agrandit rapidement par suite de sa fréquentation toujours croissante. Après une existence de peu d'années, les succès de ce mode de guérir furent si bien établis et si répandus, que l'établissement de Graefenberg acquit une réputation presque européenne ; le nombre des baigneurs s'y éleva dans

un été, au-delà de cinq cents, et déjà plusieurs établissements du même genre ont été créés en Allemagne.

Priesznitz eut ainsi l'occasion de multiplier et de perfectionner les procédés d'emploi de son remède; il s'appropria un certain tact dans l'application, par la quantité de faits observés; un certain instinct de jugement se développa en lui, si l'on peut dire ainsi; enfin il put établir pour l'emploi de l'eau, des règles déterminées, qui donnèrent à son traitement l'apparence d'une méthode scientifique. Cette dernière fut encore rehaussée par l'ordonnance du gouvernement de *Froppace*, accordant à l'inventeur une permission formelle de pratiquer sa découverte, mais en lui interdisant sévèrement l'administration de tout autre remède. L'effet de cette défense fut de forcer Priesznitz à remplacer par l'eau simple, tous les autres médicaments, qui pouvaient être nécessaires pendant le cours de la cure. Bien qu'il ne dût ainsi réussir qu'incomplétement, la sagacité et le don d'invention, dont cet homme est doué, vinrent puissamment à son aide.

Il ne cessa d'imaginer de nouveau modes d'application et il eut même recours à des moyens mécaniques fort ingénieux, toutefois avec la permission du gouvernement; enfin cette idée, si simple à son origine, forma une espèce de système. Mais ce fut un mal que l'estimable inventeur de ce nouveau traitement fût complétement dépourvu de toute éducation scientifique; il ne put par là se former aucune idée rationelle de son propre procédé, encore moins en exposer les principes, même verbalement. La publicité des effets qu'il avait obtenus ne vint même pas de lui; elle eut en général d'abord pour organes des hommes inhabiles, qui embellirent leurs récits de tout ce que leur imagination crédule leur avait fait voir de merveilleux. Bientôt la nouvelle découverte eut ses fanatiques, qui la prirent sous leur protection, et commencèrent à proclamer l'emploi de l'eau froide, comme une méthode indépendante de toute science, guérissant radicalement tous les maux, et rendant par conséquent les autres méthodes médicales inutiles et même nuisibles. Renonçant au résultat de toutes les observations de la nature, faites jusqu'à nos jours, et sans s'étayer d'aucun principe, ils élevèrent arbitrairement ce traitement empirique au rang d'une doctrine scientifique. Ils trouvèrent toutefois dans le public de nombreux partisans; les merveilles qu'ils annonçaient devaient séduire une classe nombreuse, dont la conviction est d'autant plus forte que l'objet en est plus obscur; et d'ailleurs quoi de plus naturel, chez l'homme souffrant, que la crédulité fondée sur le besoin de secours? Mais en revanche il n'est pas surprenant que ces exposés dénués de toute valeur scientifique, aient d'abord excité l'incrédulité la plus décidée chez les naturalistes et les médecins et n'aient pu de longtemps acquérir aucune influence sur leur pratique. La passion des hydropathes déjà ennemis innés de la science et par conséquent des médecins, gagna encore par là en intensité et fut cause d'une lutte, qui remplit toute l'Allemagne de ses débats.

Tout esprit rationel s'opposera nécessairement à un traitement ne reposant sur aucune base scientifique, parce qu'il n'y trouvera pas les garanties d'un emploi judicieux; mais il l'approuvera, certainement, si l'on parvient à démontrer la connexion des théories qui s'y rattachent, avec les lois connues des sciences naturelles. A cette condition la médecine sera toujours

prête à admettre les innovations ; elle ne pourrait s'y opposer sans renoncer entièrement à ses antécédents. En effet, c'est dans l'empirisme que l'on doit rechercher l'origine de la médecine. On sait que les premiers linéaments de cette science doivent être rapportés, chez les Grecs, aux cures pratiques et aux recueils d'observations, qui se faisaient dans les temples. Depuis ce temps, la plupart des médicaments même n'ont pas été découverts par la voie scientifique; mais ils sont dus, en grande partie, à des circonstances heureuses, au hazard, aux essais hardis tentés par ceux qui souffraient, à l'instinct des malades, à l'observation des animaux. Mais lorsque les faits sont constatés et suffisamment établis par l'observation, la science en fait le sujet de ses recherches pour les analyser et décider de leur admission dans le code médical. C'est alors seulement que l'emploi du médicament nouveau est à l'abri des méprises, et que la découverte gagne une confiance méritée.

L'hydriatique a, sans doute, fourni des succès assez nombreux pour qu'on puisse en examiner les faits scientifiquement, et si elle soutient cette épreuve, les préventions défavorables élevées contre elle, tomberont d'elles-mêmes. Son adoption par la science lui sera toute favorable; elle sera ainsi protégée contre les abus qui sont à craindre dans une application qu'une intelligence éclairée ne dirige pas. Son cercle d'action sera tracé d'une manière plus précise et elle ne courra plus le risque d'en excéder les bornes.

Enfin si le fanatisme de ses adeptes, exalté par quelques faits mal compris, l'élevait hier aux nues, qui lui prêtera demain l'appui dont elle pourra avoir besoin contre les caprices de la mode, ou l'irritation d'une espérance déçue? Elle ne le trouvera que dans le sein de la science, dont les jugements sont supérieurs à toute épreuve isolée.

L'examen de ce nouveau traitement à déjà été essayé en Allemagne; mais il a eu peu de valeur scientifique jusqu'à présent; la polémique y domine trop encore; on n'y trouve pas cet esprit calme et impartial de la science, recherchant la vérité sans rancune et sans prévention.

Une expérience suffisante des faits a d'ailleurs manqué jusqu'aujourd'hui aux hommes capables de se livrer avec succès à cette recherche, la pratique de ce traitement étant encore entre les mains des hydropathes seuls, dont les rapports ne peuvent être adoptés qu'avec une extrême réserve. Mais une mesure heureuse à cet égard a été prise depuis quelque temps : des médecins sont attachés à la plupart des établissements hydriatiques et même à celui de Græfenberg, dirigé par Priesznitz; ils auront l'occasion de faire des observations journalières et d'étudier la question d'une manière plus complète et plus approfondie.

Nous pouvons donc dès à présent préjuger que l'hydriatique cessera bientôt de prétendre au rang de rivale de la médecine, mais qu'elle sera réduite à être une simple cure de bains, d'une espèce nouvelle, sans doute très-efficace dans certaines maladies. Telle semble être en effet toute sa portée : elle donne de nouvelles applications curatives de l'eau froide; elle renouvelle un moyen bien usité déjà en médecine et dont la mode a même, à diverses reprises, déjà abusé.

Théorie de l'hydriatique.

Dans la cure hydriatique, l'eau froide n'agit que par sa qualité réfrigérante; il n'y est question ni de sa composition chimique, ni de ses autres propriétés. L'eau froide n'est donc ici que du *froid*, sous une forme liquide. La question, qui est la base du système hydriatique, est donc celle-ci Quels sont les effets du froid sur l'organisme.

Le corps humain ayant une chaleur de 29 à 31° R., s'il se trouve entouré, dans un milieu bon conducteur comme l'eau, d'une température de 5 à 11° R., celle-ci contrastera d'une manière sensible avec l'autre et enlèvera fortement au corps sa chaleur intrinsèque et devra donc réparer continuellement cette perte en produisant du calorique nouveau, pour se maintenir au dégré nécessaire à la vie. L'effet de cette émission extraordinaire se fera bientôt sentir. L'endroit de la peau, où le froid agit, perd de la vitalité qui lui est propre; la sensibilité s'émousse; le sang se retire de cette partie, et elle se décolore; la transpiration insensible, diminue. Si le degré du froid agissant est très-élevé ou si son action dure longtemps, les phénomènes produits par cet agent, prennent une intensité menaçante; bien loin de se borner à la surface affectée, ils pénètrent dans les parties intérieures: La sensibilité de la peau s'éteint entièrement; l'action des muscles, situés en dessous, est arrêtée; le sang ne parvient plus jusqu'à la surface cutanée; l'activité des nerfs s'éteint; aucune sensation ne s'accomplit plus et n'est plus refléchie sur le cerveau; l'organisme perd enfin la conscience du membre gelé, celui-ci meurt.

C'est ainsi que se manifeste l'action directe et première du froid; il est évident qu'elle arrête le développement de la vie organique et tend à la détruire. Mais par un effet de réaction propre à tout être organisé, lorsque le froid n'a pas agi au-delà des bornes de l'activité vitale, les fonctions comprimées reparaissent avec une énergie nouvelle. Ce retour de la vie se manifeste par une sensibilité plus grande; la peau éprouve un picotement et une vive sensation de brûlure; elle est rouge et il s'y opère un fort développement de chaleur; le sang s'y porte en plus grande abondance.

La sécrétion y est augmentée; la peau est molle, gonflée; une exhalation s'y établit, elle transpire. Ici se manifeste l'action indirecte du froid, ou sa réaction.

C'est sur le principe de cette réaction que repose tout le traitement hydriatique. On en tire les trois corollaires : 1° *que la réaction du froid est en rapport direct avec son action première.* En effet, la réaction résultant du contact de l'eau la plus froide, ne produit pas cette chaleur accompagnée de picotement et de brûlure, que l'on éprouve après le contact de la neige.

2° *La réaction surpasse de beaucoup en intensité l'action première du froid.* — Si l'on applique un certain degré de froid sur la peau pendant quelques secondes seulement. Cet espace de temps suffira pour échauffer la partie affectée pour plusieurs minutes.

3° *La réaction du froid est d'autant plus forte que le passage de*

la chaleur au froid se fait plus rapidement et que la différence des deux températures, qui se succèdent, est plus grande.—C'est surtout ce dernier principe qui reçoit une application étendue dans la cure hydriatique.

Il ressort de ce qui précède que le froid est un des moyens d'action les plus énergiques sur l'organisme, soit qu'il agisse d'une manière salutaire ou nuisible. Pour se faire une idée précise de la nature de cette action, examinons les phénomènes que produit la réaction du froid sur toute la superficie de la peau et sur les organes internes. Nous avons vu, qu'après une application courte et saisissante du froid, il se fait un mouvement général du sang vers la périphérie; les organes internes cessent d'être engorgés. L'activité nerveuse de la peau se trouve augmentée; on y ressent un picotement et une cuisson générale. Les terminaisons périphériques des nerfs sont dans la plus grande excitation. Or il y a, dans tout corps vivant, une opposition constante entre la périphérie et le centre, de telle sorte que l'activité de la surface cutanée procure aux organes internes un certain repos. Il est donc évident, que toute irritation énergique de la peau, doit calmer la surexcitation des centres nerveux, en attirant au dehors les sucs en stagnation dans l'intérieur et en augmentant l'activité périphérique des nerfs.

L'application partielle du froid n'est pas un moyen curatif moins puissant. Elle donne avec facilité au sang une direction spéciale. La périphérie étant irritée, le sang arrive vers elle en plus grande abondance, et les organes internes, situés au-dessous, en sont délivrés. C'est ainsi qu'on produit une dérivation dans les viscères des cavités de la poitrine, du crâne et de l'abdomen par l'irritation des parties inférieures. Chaque point isolé de la peau peut être irrité pour venir en aide aux organes situés plus profondément. Enfin une partie irritée et enflammée peut être calmée par la réfrigération continue que produit l'action première du froid seul. Ce dernier moyen d'action est parfaitement connu en médecine et n'offre de nouveau que l'extension que l'hydriatique lui donne. On sait que, dans les dyssenteries, les lavements d'eau froide sont un excellent moyen curatif; et on emploie de même, avec succès, les fomentations d'eau froide pour certaines névralgies et diverses maladies chirurgicales.

Les effets de l'eau froide sont considérablement augmentés par un usage méthodique. Et par ce mot, on sous-entend, non-seulement, une application longtemps continuée, mais encore augmentée d'après une certaine gradation. On conçoit que plus la peau est souvent irritée, plus elle devient excitable. La direction périphérique de la circulation devient habituelle et dominante; l'évaporation est de plus en plus abondante; enfin l'effet augmente à proportion de la durée de l'action. Telle est en partie la cause de l'énergie étonnante de la cure hydriatique.

Remarquons encore deux faits essentiels pour l'application pratique.

1° *Le degré du froid appliqué doit être mesuré d'après la faculté de résistance de chaque organisme individuel.*

Il est évident que tel degré de froid, que supportera facilement un homme robuste et habitué à braver les intempéries de l'atmosphère, paraîtra insupportable à une constitution délicate et sensible; s'il était tel, qu'il dépassât

la force de résistance de l'organisme, la réaction n'aurait pas lieu, ce qui exposerait à des résultats plus ou moins dangereux.

2° Lorsqu'on reste exposé à l'action du froid, après l'apparition de la réaction, les effets de celle-ci sont détruits. Une main, plongée dans de l'eau froide au point de congélation, éprouve bientôt une sensation de brûlure et de fourmillement; mais si elle reste longtemps dans ce liquide, les signes de congélation se développent. *On doit donc bien saisir le terme où la réaction commence, puisqu'il indique la nécessité de suspendre l'action du froid.*

Il est bon d'insister sur ce point, parce qu'il prouve que le traitement hydriatique n'est pas tout à fait aussi innocent, dans ses abus, qu'on pourrait le croire, d'après la simplicité de l'agent qu'on y emploie; une application inexpérimentée ou maladroite pourrait donc parfois être préjudiciable: avis utile à ceux de ses partisans, qui se l'appliquent en amateurs et à propos de tout. Une courte esquisse de la manière dont la cure a lieu, dans les établissements hydriatiques, offrira encore la preuve de cette assertion.

Cure hydriatique.

1° La forme d'application la plus simple, celle par laquelle on commence sur des individus délicats et sans courage, est celle des *lotions* d'eau froide. On proportionne la température de l'eau au degré de sensibilité du malade, sans l'élever toutefois au-dessus de 16° R. et on la porte bientôt à 4° R. Mais comme la réaction ne peut être que faible, par ce moyen, on a pensé à l'accélérer en essuyant et frottant rapidement la peau avec de la grosse toile, de la flanelle ou une brosse; après quoi le malade doit aussitôt se donner du mouvement ou être porté au lit.

2° *Immersions dans l'eau froide.*—Le malade est plongé rapidement une à trois fois dans un bain froid de 12-6° R., essuyé et porté au lit. L'impression produite par ce mode de traitement est extrêmement vivifiante et énergique; aussi l'emploie-t-on surtout pour les maladies, provenant de lésions du système nerveux.

Ces deux premiers modes d'applications sont loin d'être nouveaux. Le dernier est absolument semblable aux bains, dits de Dupuytren. Ce chirurgien illustre faisait saisir le malade par deux infirmiers, qui lui tenaient, l'un les bras, l'autre les pieds et faisaient passer son corps à travers deux lames d'eau, contenues dans une baignoire. Le passage ne durait que quelques instants et était réitéré cinq ou six fois dans l'espace de quelques minutes.

A l'hôpital des enfants, on fait aussi usage de ce mode de traitement, mais on se contente de placer le malade dans une baignoire où il a de l'eau jusqu'aux genoux ; il se plonge lui-même dans l'eau en s'abaissant et se relevant alternativement pendant quelques minutes.

Enfin à Spa, il y a, d'ancienne date, des bains d'immersion. Le malade se suspend à une corde et s'élance d'un bord à l'autre d'un bassin rempli d'eau froide. La longueur de la corde est calculée de manière que le baigneur plonge dans l'eau et atteigne le côté opposé.

3° L'impression du froid est produite à un degré plus élevé encore, *en jettant à pleins sceaux* de l'eau de 8-4° R. par dessus la tête et les épaules du malade. Plus la masse d'eau sera grande et froide et plus on pourra compter sur une réaction énergique, spécialement salutaire pour combattre l'inactivité de la peau dans certaines maladies.

4° L'action du froid est la plus puissante dans *un bain froid*. Le sang est d'abord refoulé avec force vers les organes centraux, par le saisissement extrême que cause le froid; mais bientôt, après 1 à 3 minutes, la réaction apparaît avec une force proportionnée. Elle s'annonce par le retour de la chaleur à la peau et alors le moment est venu de quitter le bain et d'accélérer l'affluence des sucs vers la surface cutanée en s'habillant chaudement et se donnant du mouvement. Par suite de l'accumulation du sang dans les poumons et le cœur, qui accompagne ces bains, ils doivent être interdits, quand ces organes sont malades ou seulement faibles. Ils doivent encore être employés avec une grande prudence sur des individus délicats et dont la peau se trouve dans un état d'inertie peu favorable à la réaction. On conseille d'adoucir l'impression du froid, avant d'entrer dans le bain, en se mouillant le front et le creux de l'estomac, et de faire des mouvements rapides, dans le bain, pour prévenir l'accumulation du sang dans les organes internes et en accélérer la circulation vers la périphérie.

5° Pour augmenter encore l'énergie de ces bains, on soumet aussi le malade à une transpiration préalable. On l'emmailliotte étendu sur un lit, de couvertures de laine et on lui applique des couvre-pieds d'édredon en grande quantité. Mais comme on ne parvient pas toujours, par ce moyen, à provoquer la transpiration, quand on agit sur une peau très-inerte, l'inventeur de l'hydriatique a imaginé un moyen très-simple d'atteindre ce but. On trempe un grand drap de lit dans de l'eau froide, on le tord, puis on y enveloppe le malade. La vaporisation de l'eau, continue dans le linge, excite bientôt l'évaporation cutanée la plus forte; au bout d'une demi-heure, on peut, d'ordinaire, déjà délivrer le malade et l'envelopper à sec. Quand la transpiration paraît, on l'augmente en buvant une ample quantité d'eau; elle devient par là d'une telle abondance qu'elle transperce les matelas et les couvertures; quand elle a atteint le degré le plus élevé, le moment est venu d'appliquer un froid intense sur cette peau échauffée. Mais dans cette application, on doit observer une certaine gradation : on commence par les lotions d'eau froide, puis viennent les immersions, les sceaux d'eau et enfin les bains complets. La sensation qui résulte de ce passage subit d'un échauffement excessif à un froid saisissant, est celle d'une chaleur douce et très-agréable. Ces bains, imités des bains russes, ont sur ceux-ci, l'avantage que le malade respire constamment un air frais et pur. Dans les bains russes au contraire, la transpiration est provoquée par une atmosphère échauffée et pleine de vapeurs aqueuses, que le baigneur est forcé de respirer. L'oxygène, le gaz nécessaire à la respiration, s'y trouve en quantité faible et insuffisante, la respiration des baigneurs et donc très-gênée; le sang n'opère pas sa révolution normale et s'accumule dans les poumons et le cerveau. Une autre cause agit encore pour augmenter cet effet : dans les bains russes, comme dans les simples bains d'eau chaude, une chaleur étrangère est imposée au corps. Il en résulte que celui-ci ne peut pas émettre autant de

calorique, qu'il le fait à l'état normal, et que le calorique et le sang refluent dans les organes internes. Inconvénient très-grave pour la plupart des constitutions et qui limite l'usage de ces bains aux hommes robustes du Nord, qui en prennent l'habitude dès l'enfance et sont d'ailleurs endurcis par les rigueurs de leur climat.

Dans la cure hydriatique, on emploie encore *les bains à poussière hydraulique*, déjà connus par l'armoire hydraulique de Schneider; *la douche* locale ou générale, qui est regardée comme le mode le plus énergique d'application du froid, lorsque le jet-d'eau a deux pouces de diamètre et tombe d'une hauteur de vingt pieds. Les *fomentations d'eau froide*, destinées à irriter partiellement un seul endroit de la peau, pour établir une forte dérivation dans les organes placées au-dessous. Elles s'exécutent en trempant, dans de l'eau très-froide, des draps de lit pliés en quatre, qu'on tord fortement et qu'on applique avec solidité sur la partie à irriter. — Les *bains de pieds* et les *bains de siége*, les *lavements* et les *injections*.

Jusqu'ici il n'a été question que de l'emploi extérieur de l'eau froide; mais l'hydriatique attache une importance égale à l'emploi intérieur de ce liquide. A Graefenberg, on boit de l'eau froide par seaux pendant tout le cours du traitement. Quelle est la valeur de cette ordonnance? Est-ce encore ici le froid qui agit? Si cela était, on se proposerait donc de produire sur la peau intérieure, une réaction semblable à celle qui a lieu par l'application de l'eau froide, sur la peau extérieure : mais cette réaction, en attirant, vers l'estomac et les intestins, le sang et les sucs, les détournerait de la direction périphérique que leur donne la cure hydriatique et serait évidemment contraire à celle-ci. D'ailleurs, l'eau froide ne détermine une réaction dans l'estomac et sur la membrane muqueuse intestinale qu'à une température très-basse et prise en quantité modérée; son usage incessamment continué s'opposerait totalement à l'apparition de la réaction.

Mais à une température ordinaire et considérée comme simple liquide, l'eau a d'autres propriétés qui répondent mieux au but de l'hydriatique. Elle est la base des liquides organiques; en se mêlant aux sucs stagnants et épaissis, elle facilite leur circulation et les rend plus propre à être rejetés par le corps. Prise en grande quantité, la proportion des fluides augmente, le sang se délaie; les tissus deviennent moins serrés, moins susceptibles d'efforts; la membrane qui revêt les intestins se relâche; et comme il arrive dans les glandes et sur les surfaces exhalantes une surabondance de principes aqueux, dont la nature veut se débarrasser, il s'ensuit que les matières des sécrétions et des exhalations sont augmentées.

L'exhalation cutanée, la sécrétion urinaire et celle des membranes muqueuses deviennent ainsi beaucoup plus copieuses. On conçoit par là combien l'emploi intérieur de l'eau prise en grande quantité, favorise et accélère l'effet produit par le traitement hydriatique extérieur.

Toutefois, à Graefenberg même, on contrevient à une précaution hygiénique, qu'il est important d'observer. Pendant les repas et le temps de la digestion on doit ne faire usage de l'eau qu'à dose modérée. Prise en grande quantité, elle rend la digestion lente et pénible, en diminuant l'excitation qui doit avoir lieu dans l'estomac pour l'accomplissement de la fonction;

si l'estomac est peu vigoureux et peu capable de réaction, il semble que les aliments s'altèrent spontanément; il survient même des rapports inodores et un sentiment de froid.

Du reste, les effets salutaires de l'eau, considérée comme boisson, ainsi que ses effets médicateurs ont été, de tout temps, reconnus par la médecine. L'eau entre dans la composition de presque tous les remèdes internes. On sait encore avec quel succès on en prescrit l'usage comme boisson, dans la fièvre typhoïde.

Crise.

Les divers procédés, que l'on a décrits plus haut, gradués avec méthode et variés à l'infini, suivant les besoins des malades, forment un traitement complet. On y soumet les maladies les plus diverses, bien que Priesznitz, lui-même, n'accepte pas la cure de toutes celles qui se présentent.

Ce traitement se prolonge souvent durant des mois entiers, pendant lesquels on prend journellement un ou deux bains, précédés de la transpiration dont on a décrit le mode. On expulse ainsi d'énormes quantités de substances par les sécrétions de la peau et des reins; or, on sait quelle est l'importance de la transpiration pour la résolution des maladies les plus graves. Cette transpiration exhale souvent diverses odeurs extraordinaires et très-fortes, préconisées comme la preuve évidente de l'expulsion de matières malades.

Cette action violente et continue sur la peau y produit à la longue une irritation, qui se manifeste par le développement de diverses espèces d'éruptions plus ou moins fortes. On cite l'exemple d'un individu, dont le corps fut couvert de 80 abcès et plus, à trois périodes différentes d'une cure suivie avec persévérance. Les partisans de l'hydriatique ont une confiance toute particulière dans ce dernier phénomène; ils le considèrent encore comme une expulsion des substances malades. Il n'y a pas jusqu'aux garçons de bains, qui n'attendent avec intérêt l'apparition de ces précieux exanthèmes et n'en félicitent avec effusion l'heureux possesseur. Mais il sera facile de rendre à ce fait sa juste valeur, en s'appuyant sur l'histoire des éruptions en général.

Chaque cause d'irritation de la peau peut occasionner la formation d'un exanthème. L'action d'une grande quantité d'onguent, de même que celle du soleil, en fournissent des exemples. Selon le degré de force de l'irritation, son effet se borne à une circulation accélérée du sang vers la partie irritée et l'éruption consiste seulement en taches rouges, ou il s'établit une inflammation véritable, qui peut augmenter au point de produire des abcès. Il est donc fort probable que l'irritation plus ou moins forte, causée par l'action du froid sur la peau, produit seule les éruptions observées pendant le cours de la cure hydriatique, et cause ainsi une véritable maladie de la peau, indépendante de l'affection qui est en traitement. Il n'y a pas de doute néanmoins que dans certains cas, elle n'ait de l'influence sur la guérison de cette dernière.

Cette excitation continue de la peau, en établissant un mouvement spé-

cial des sucs vers la périphérie, réagit fortement sur tout l'organisme; c'est ce que témoignent divers phénomènes qui ont encore lieu ; il se forme des congestions de sang dans divers organes; d'autres éprouvent une douleur vive, notamment ceux qui sont malades; l'activité d'un ou de plusieurs organes des sens est portée à un degré maladif et presque douloureux. Enfin, après une gradation méthodique du procédé, il s'établit une fièvre attendue, d'après une expérience répétée, comme le précurseur ordinaire de la guérison, aussi, en désigne-t-on l'apparition sous le nom de *crise*. Lorsque cette fièvre n'est pas, à sa première apparition, d'une nature critique, on en garantit le retour plus efficace et suivi de la guérison. Il n'est pas rare que la crise s'annonce par des symptômes violents et même menaçants; mais l'eau froide est le remède souverain par lequel on les écarte tous. Après avoir traversé heureusement la crise, le malade est déclaré guéri; toutefois la direction des sucs vers la périphérie, provoquée dans le but de produire la guérison, n'est pas normale; le corps a besoin d'en être doucement deshabitué, et cela a lieu par un retour graduel aux modes d'application les plus faibles; c'est ce que les Allemands nomment *Nachkeer*.

Là finit la tâche entreprise dans les établissements hydriatiques, mais non celle du patient; car revenu chez lui, s'il a été traité pour quelqu'une de ces affections sujettes à un retour probable, il lui sera prescrit de faire toujours un usage régulier des procédés hydriatiques. Par leur aide, il préviendra tous les maux à venir, en refondant en quelque sorte sa constitution et devenant un homme sain et vigoureux, de faible et valétudinaire qu'il était. Quoique cette prétention de l'hydriatique soit sans doute exagérée, elle a un côté qui est vrai : l'usage de l'eau à l'intérieur et à l'extérieur convenablement dirigé, et l'exercice, dont il est accompagné, sont d'excellentes prescriptions hygiéniques bien simples, bien connues, et par conséquent bien négligées. L'hydriatique en leur donnant un certain lustre, pourra souvent rendre le service essentiel de substituer à la vie molle, oisive et énervante des hautes classes de nos grandes villes, des habitudes plus actives, plus simples et plus régulières ; elle mêlera, aux occupations trop sédentaires d'un homme de cabinet, l'exercice et le régime qu'elles exigent, et à cet égard son influence ne pourra jamais être que salutaire.

RÉSUMÉ.

D'après cet aperçu du traitement hydriatique, on conçoit qu'il doive exercer une action puissante sur l'organisme. Mais il nous reste complétement à apprendre quelles sont les maladies pour lesquelles il pourrait offrir des secours efficaces; c'est ce que des expériences ultérieures devront établir, aujourd'hui on peut seulement supposer par induction que le rachitisme, certaines affections nerveuses et rhumatismales et même quelques maladies inflammatoires seront de son domaine. Il y a loin de là, à la vérité, à la prétention des hydropathes de l'appliquer à tous les maux.

Il reste encore à savoir si, dans la plupart des cas, dont ils réclament le traitement, les moyens médicaux ordinaires ne produiraient pas un effet aussi efficace et surtout par des voies plus douces et plus promptes. En

songeant à la longueur de la cure hydriatique et à la forte crise par laquelle elle opère la guérison, on trouvera sans doute prudent de n'user de ce remède qu'avec modération et de le réserver pour des cas extrêmes.

Au reste, il perdrait beaucoup de sa violence et serait souvent plus expéditif, si on le combinait avec les moyens médicaux connus ; ceux-ci lui offriraient certainement, dans bien des cas, un aide puissant. Priesznitz n'a d'autres ressources curatives que les deux modes d'action de son traitement : par l'action première du froid, il diminue l'activité vitale ; par la réaction, il l'augmente ; il ne peut ainsi que fortifier ou affaiblir. Cette pratique restreinte est surtout dangereuse à l'apparition de la crise ; elle est parfois accompagnée d'une effrayante excitation des nerfs et des vaisseaux sanguins, de douleurs vives, de crampes, d'un délire furieux, de congestions à la tête et à la poitrine ; on ne peut sans doute qu'admirer le tact ingénieux avec lequel Priesznitz pare à tous ces accidents, mais quelques saignées, quelques calmants n'écarteraient-ils pas encore plus simplement le danger ? C'est ce que prouvent d'ailleurs quelques erreurs funestes, qui ont eu lieu à Græfenberg, et que le manque de secours médicaux et l'ignorance ont seules produites.

Plus l'action de cette cure est forte et plus l'abus en est à craindre, tant qu'elle restera livrée à la direction d'un empirisme ignorant, corroboré d'un enthousiasme aveugle. Mais elle pourra offrir à la médecine quelques nouveaux modes d'action utiles et applicables surtout à notre époque, où le tempérament nerveux, tels que nous le font nos longues études, notre vie agitée, les habitudes et les besoins de notre civilisation, est celui qui domine et qui complique la plupart des maladies. Or, presque tout est encore à faire à cet égard : la science n'est pas encore venu éclairer cette masse de faits brute et incomplète ; une expérience médicale certaine manque dans leur application ; enfin si quelqu'essai partiel de fusion avec l'art médical a été tenté, il n'a encore acquis ni publicité, ni certitude.

Dans cet état de choses, le devoir d'un médecin prudent et éclairé sera de se tenir en garde contre toute prévention favorable ou défavorable. Il devra suivre avec attention les progrès du nouveau système et attendre pour lui donner quelque influence sur sa pratique, qu'une démonstration complète ait éclairé sa conviction.

En exposant l'état de la question avec toute la réserve qu'elle exige, l'auteur de cet aperçu ne s'est pas proposé de formuler une opinion qui lui fut personnelle et que d'ailleurs il regarderait comme prématurée. Il a seulement désiré appeler l'attention des praticiens sur des faits intéressants pour les progrès de leur art et encore peu connus dans notre pays. Mais surtout il a pensé que l'exposé impartial d'un traitement, qui commence à être de mode chez nous, comme il l'est en Allemagne, ne serait pas sans utilité, en prémunissant le public contre les exagérations de l'engouement et les dangers d'un emploi exclusif et mal dirigé. Il a désiré prouver que, même sans remonter aux Romains qui faisaient déjà un usage médicinal des bains froids, les vertus curatives de l'eau froide et la plupart des procédés de l'hydriatique sont connus depuis longtemps (1) ; qu'enfin tout ce

(1) Dans un ouvrage de la date de 1688, Thermarum Aquisgranensium, Fran-

qui est d'invention réelle dans le nouveau système, se borne à quelques modifications plus ou moins ingénieuses des modes d'exécution et surtout à l'emploi méthodique et gradué de toutes les ressources curatives de l'eau froide, déjà employées isolément par la médecine.

COMPTE-RENDU

DE LA

CLINIQUE CHIRURGICALE DU Dr SEUTIN A L'HOPITAL St-PIERRE.

PENDANT LE DERNIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1840;

Par M. le docteur PIGEOLET.

CALCUL URINAIRE VÉSICAL MÉCONNU PENDANT LONGTEMPS, TAILLE RECTO-VÉSICALE;

Par M. le docteur SEUTIN.

Marcus Josuha, âgé de 42 ans, célibataire, né à Londres, ouvrier typographe, d'un tempérament nerveux-sanguin, avait atteint sa 32e année, lorsque se déclarèrent chez lui les premiers phénomènes qu'il remarqua dans les fonctions des voies urinaires; le premier qui se présenta, fut la difficulté d'uriner; elle existait, certains jours, à des degrès divers, alternant avec l'incontinence d'urine, qui, d'autres fois, venait la remplacer; il observa encore que le testicule gauche était habituellement porté en haut avec assez de force; ce dernier phénomène fut remarqué dès le principe, par le malade lui-même, sans que l'on eût appelé son attention sur ce point; il ressentit à l'extrémité de la verge une sorte de prurit, quelquefois très-prononcé, qu'il soulageait en faisant des tractions sur le prépuce. Un autre symptôme qui attira l'attention du malade, en même temps que ceux que je viens de signaler, fut la présence, dans les urines, d'un dépôt sédimenteux, très-abondant, d'un jaune-gris et mêlé de mucosités; plus tard, la difficulté d'uriner fut souvent portée jusqu'à la strangurie, quelquefois même à l'ischurie, et l'évacuation des urines n'était possible, que par l'usage de l'alga-

cisci Blondel, dit, que quelques-uns des procédés hydriatiques étaient déjà régulièrement établis aux bains d'Aix-la-Chapelle à cette époque. Les gravures sur bois, qui accompagnent le texte, semblent même être la représentation fidèle des scènes qui se présentent dans les établissements hydriatiques.

lie; certaines fois il pouvait émettre les urines en changeant de position, il eut souvent cet avantage en s'asseyant, et dans cette position, il avait toujours assez de facilité de satisfaire à ce besoin. A diverses reprises, il perçut une sensation de pesanteur dans la région vésicale, cette sensation n'était nullement douloureuse.

Il consulta, dans l'origine de sa maladie, un médecin anglais, dès que se déclara l'encérésie; ce symptôme ayant toujours été pour lui le plus désagréable par l'odeur d'urine dont il était cause; car malgré les soins de propreté les plus minutieux, il ne pouvait pas toujours l'éviter. La maladie existait depuis longtemps déjà, quand il commença à se déclarer quelques phénomènes anormaux vers le gros intestin, et il n'y a guère que trois ans qu'il fut exposé à des alternatives de diarrhée et de constipation. A peu près à la même époque, il fut affecté sans cause nouvelle appréciable, d'une forte hématurie; il rendit en abondance du sang noir, grumeleux, cet écoulement le réduisit à une grande faiblesse.

Il ne s'était pas trouvé, jusqu'alors, dans la nécessité d'interrompre sa profession pour réclamer des soins continus; mais souffrant davantage, de jour en jour, et réduit à une grande faiblesse tant, par l'hématurie qu'il avait eue à supporter, que par l'obligation d'interrompre le régime animal et fortifiant auquel il était habitué, depuis son enfance, il se décida à entrer à l'hôpital de Bonn, dans le Duché de Clèves, où il séjournait alors. Il fut traité, pour un catarrhe vésical, dans le service de M. Nasse, professeur de clinique médicale; l'interne seul pratiqua le cathétérisme et ne soupçonna point la présence d'un calcul.

Plus tard il reçut des soins dans les hôpitaux d'Étampes, où il ne fut point sondé; de Blois, où le cathétérisme employé ne donna point de résultat; de Tours, où la sonde mise en usage, à diverses reprises, ne fit pas reconnaître la présence d'un calcul, et partout on traita son affection pour une phlogose chronique de la vessie. Étant passé en Belgique, en quittant la France, il vint à Bruxelles et ses souffrances le contraignirent à réclamer des soins à l'hôpital St-Pierre; il avait déjà reçu auparavant des conseils dans un dispensaire de cette ville, mais son défaut de ressources et la persistance de ses douleurs l'avaient décidé à solliciter l'entrée de l'hôpital, il y a environ un an et demi.

Les commémoratifs de la maladie n'étaient point propres à faire croire à l'existence d'une concrétion urinaire, la circonstance surtout, de son séjour répété dans les hôpitaux de plusieurs pays, détourna l'attention de ce point; on continua l'administration des moyens thérapeutiques usités dans le cas de catarrhe vésical et l'interne seul pratiqua le cathétérisme sans obtenir d'autre résultat qu'ailleurs.

En quittant la Belgique le patient se rendit en Hollande; à Amsterdam, il se trouva de nouveau dans l'obligation de réclamer une place dans un hôpital, et M. Tilanus, professeur de clinique chirurgicale, le reçut dans ses salles. Le professeur et son interne pratiquèrent le cathétérisme, mais sans insister et plutôt pour satisfaire le malade que l'idée de la présence d'un calcul dans la vessie poursuivait sans cesse, que dans l'espoir d'en trouver un, car ils étaient induits en erreur par le traitement établi antérieurement

par de nombreux médecins ; on lui délivra même à sa sortie de l'hôpital un certificat constatant qu'il n'était affecté que d'un catarrhe vésical.

Jusqu'alors, partout où l'on s'était servi du cathétérisme, on avait employé une sonde courbe ordinaire; comme le malade croyait à l'existence d'un calcul et que dans plusieurs hôpitaux on explora la vessie par l'anus, je crois être autorisé à établir que l'attention des chirurgiens avait été suffisamment altérée sur ce point et que la seule circonstance, d'avoir mis en usage, dans leurs investigations, des instruments imparfaits, a été la cause de l'ignorance de la véritable origine de la maladie de Marcus.

En effet, d'Amsterdam, le malade revint en Belgique, et il se trouva obligé de nouveau de demander des soins dans l'hôpital de Malines. Là, pour la première fois, on fit usage du cathéter droit pour explorer la vessie et l'on acquit bientôt la conviction, qui avait échappée jusqu'à ce jour aux investigations de tous les chirurgiens qui avaient soigné Marcus, qu'il existait dans la vessie un calcul auquel il était rationnel de rapporter la cause des longues souffrances et de la maladie de cet infortuné.

Il fut opéré dans cet hôpital par la taille recto-vésicale, procédé de Vacca-Berlinghieri, ainsi qu'il résulte d'un certificat qui lui fut délivré à sa sortie le 30 octobre 1841, cinq semaines après l'opération.

Au rapport du malade on a extrait un seul calcul de sa vessie, calcul irrégulier et accompagné de quelques petits fragments; il pouvait avoir selon lui, trois centimètres dans son grand diamètre; le malade fut replacé au lit immédiatement après que l'opérateur eut fait dans la vessie deux petites injections d'eau tiède qui terminèrent l'opération.

Marcus n'était point guéri, quand il quitta l'hôpital, son état s'était bien un peu amélioré, mais la crainte que lui inspira la dyssenterie, devenue fréquente depuis quelques jours dans l'établissement, fut la principale cause de sa sortie, et le 3 novembre il fut admis à l'hôpital St-Pierre de Bruxelles, trois jours après avoir quitté celui de Malines.

Par l'examen de la plaie, nous pûmes nous assurer qu'elle n'était point cicatrisée complétement, de sorte qu'il perdait, à peu près autant d'urine, par l'ouverture artificielle, que par la verge; elle sortait de la plaie par un suintement continuel et sans efforts; les efforts d'émission la chassaient des deux côtés à la fois, à peu près en égale quantité ; les efforts que le malade faisait pour uriner, étaient accompagnés d'une sensation toute particulière, il lui semblait qu'un corps venait s'interposer dans l'ouverture interne de la plaie recto-vésicale, et quelquefois alors les urines coulaient par la verge avec plus de facilité et en plus grande abondance; il sentait quelquefois aussi ce corps s'interposer dans la plaie lorsqu'il s'asseyait.

Pendant son séjour à Malines on avait touché plusieurs fois la fistule avec le nitrate d'argent fondu et l'on fit la même chose à Bruxelles, sans obtenir un résultat satisfaisant.

Lorsqu'il fut soumis à notre observation, les urines étaient toujours sédimenteuses et mélangées d'une grande quantité de mucosités, on n'y trouva pas de gravier. Le malade souffrait beaucoup, la fièvre revenait chaque soir et son courage diminuait avec ses forces ; il avait perdu l'espoir de se rétablir.

On lui avait prescrit à son entrée les bains généraux, des potions cal-

mantes et purgatives, un régime légèrement fortifiant ; malgré cette médication bien graduée, bien suivie, les douleurs semblaient s'être accrues de beaucoup le 16 novembre, le malade était en proie à un profond découragement, la fièvre avait repris une nouvelle intensité, on dut prescrire la diète.

Le 16 M. Seutin annonça qu'il devait exister une cause particulière entretenant les désordres longs et persistants qui étaient soumis à notre observation dans la personne de Marcus ; il sonda la vessie et nous dit qu'il croyait avoir rencontré un corps dur ; il n'insista pas ce jour-là sur le cathétérisme, se promettant d'y revenir une autre fois.

Le 18, M. Seutin employa de nouveau la sonde et il perçut en arrivant dans la vessie le bruit de collision produit par le contact du cathéter sur le calcul ; il l'annonça aussitôt et proposa l'opération au malade, pour le surlendemain, si le même symptôme se représentait ; le malade accusa la perception du contact de l'instrument sur le calcul.

Le 20, Marcus fut sondé de nouveau et tous les assistants furent à même de constater les phénomènes observés antérieurement ; le calcul paraissait assez volumineux, on évalua approximativement son diamètre à trois centimètres ; il rendait un son métallique avec absence de rugosités ; le doigt introduit dans l'anus donnait également la conscience de l'existence de la concrétion urinaire.

Le 21, on disposa le malade par un bain général et un purgatif doux.

On se figurerait difficilement les effets produits chez cet homme par les longues souffrances qu'il avait endurées, il était réduit à un grand degré d'émaciation ; sa susceptibilité l'empêchait de pouvoir supporter le moindre bruit ; un tremblement nerveux, avec contracture des fléchisseurs, existait dans les avant-bras et les mains ; la rémission était presque nulle à cette époque, le pouls donnait toujours au moins 90 pulsations.

Le 22, l'appareil étant disposé, M. Seutin se prépara à pratiquer l'opération, par le procédé qu'il a proposé au Congrés médical, il y a quelques années ; il lui était d'autant plus facile de le mettre à exécution, dans le cas actuel, qu'il existait une route toute frayée d'avance et qu'il lui suffisait pour parvenir à son but d'agrandir l'ouverture déjà formée.

Le malade fut posé sur une table élevée, les jambes et les cuisses dans la flexion et l'abduction ; placé en face, l'opérateur introduisit l'indicateur gauche dans l'anus, tourna en haut sa face palmaire, introduisit les ciseaux de Dubois (pour le bec-de-lièvre) fermés, la branche mousse en arrière, par l'ouverture résultant de la première opération, et parvint ainsi jusque sur le calcul ; il les retira alors un peu en arrière, jusqu'à la naissance de l'ouverture, enfonça la branche postérieure dans le rectum, l'autre suivant la direction de la fistule, il les ferma alors et agrandit ainsi l'ouverture existante aux dépens du bas-fond de la vessie et respectant complétement le col de l'organe. Il vint immédiatement après l'incision un flot d'urine ; l'opérateur changea alors la direction de son doigt il l'introduisit dans la vessie et le fit servir de conducteur aux pinces à polypes qui faisaient l'office des tenettes. Il amena successivement trois gros fragments de calcul et quelques débris des mêmes corps. Il s'assura en introduisant de nouveau l'indicateur dans la vessie qu'elle ne contenait plus rien d'étranger et fit la

remarque, en même temps, qu'il n'existait rien dans les dispositions de l'organe qui put expliquer l'erreur de diagnostic qui avait été commise chez cet homme. On fit ensuite plusieurs injections de tisane émolliente tiède, pour entraîner le restant des débris du corps étranger et l'on replaça le malade dans son lit, dans une chambre particulière, en lui donnant pour compagnon, un autre anglais retenu à l'hôpital pour un ulcère de la jambe. On lui administra une potion calmante contenant ʒs de laudanum.

Le 23, il a mieux dormi que de coutume, il ne s'est point déclaré de fièvre plus intense; à neuf heures du matin, le pouls ne donne que 85 pulsations par minute; il est régulier, légèrement développé; absence de douleurs à l'hypogastre. Le lendemain dans la journée, il s'est manifesté quelques douleurs dans la région hypogastrique, mais assez faibles; l'état général est aussi bon que la veille; il a uriné en grande partie par la verge; les voies digestives, en assez bon état et un peu d'appétit, permettent de lui accorder deux bouillons avec biscuits dans la journée.

Le 25, on observa un mouvement fébrile plus prononcé, il y a dix pulsations de plus que la veille; le sommeil a été plusieurs fois interrompu; les testicules sont le siége d'une douleur sourde; le scrotum est œdémateux; l'hypogastre est plus sensible; on prescrit 12 sangsues aux aînes, des fomentations d'eau de pavots sur l'abdomen, des cataplasmes arrosés de laudanum sur le scrotum, l'eau gazeuse pour boisson; la diète.

Le 26, le repos a été meilleur pendant la nuit; la douleur hypogastrique est plus intense, moins forte aux parties génitales; le pouls est vibrant. On prescrit 10 sangsues aux aînes, un lavement sédatif, mêmes fomentations et cataplasmes.

Le 27, douleurs pulsatives au scrotum qui ont privé le malade de sommeil pendant toute la nuit; cette partie présente une tumeur fluctuante que l'on ouvre par la lancette; il en sort une once environ de pus bien lié. Continuation des mêmes moyens sédatifs.

Le 28, la nuit a été meilleure, le pouls est retombé à 70 pulsations; absence complète de douleurs. Mêmes moyens thérapeutiques.

Le 29, la nuit a été très-bonne; le sommeil ne fut point interrompu, prescription des mêmes moyens; on reprend du bouillon et on accorde deux soupes au lait.

On accorde chaque jour quelques aliments nouveaux du 1er au 10 décembre; les douleurs se dissipent complétement; le pouls reprend son état normal, à 70 pulsations, peu développé, peu résistant; l'urine sort en grande partie par l'ouverture artificielle et par une sorte de suintement, et elle s'accumule assez peu dans la vessie, pour ne donner lieu à des efforts d'émission, que deux ou trois fois par jour; cependant, depuis quelques jours, il urine davantage par la verge et il trouve avoir obtenu une grande amélioration sous ce rapport. Le repos est complet la nuit, l'appétit se fait sentir avec plus de force, les bourses sont bien dégorgées, l'abcès est presque tari; on continue, pendant quelques jours encore, sur cette partie, l'usage des cataplasmes laudanisés et on augmente peu à peu la quantité des aliments.

Examen physique du calcul.

Les portions du calcul retirées de la vessie de Marcus présentaient plusieurs particularités dignes de remarque : la plus grosse était sphérique, d'une couleur grisâtre, assez dure, d'une circonférence de 9 centimètres; la seconde en volume, avait la forme d'un tiers de sphère, concave d'un côté, convexe de l'autre, elle présentait 4 centimètres dans son diamètre le plus long; elle avait évidemment servi de coque à la première, s'y rapportait assez exactement et formait avec un autre morceau plus petit et quelques autres fragments un peu plus de la moitié de la coque. L'absence des facettes que l'on rencontre, de là, cas de présence de plusieurs calculs libres, indiquait qu'ils avaient formé une seule masse; d'un autre côté, il existait, à la surface des brisures, des cristaux formés depuis la division du calcul, tant sur le noyau central que sur les autres fragments, ce qui semblerait indiquer que le calcul avait été brisé à une époque antérieure à l'opération du 22 novembre.

Le poids de tous les fragments recueillis était de 7 gros et 21 grains (29 1/3 grammes).

Analyse chimique du calcul (1).

L'analyse chimique du calcul a donné les résultats suivants :

Il était en partie soluble dans beaucoup d'eau bouillante.

La potasse caustique en dissolvait une partie avec dégagement d'ammoniaque, et y laissait deux précipités dont l'un, cristallin, résistait aux acides, aux alcalis et au chalumeau, et l'autre soluble dans l'acide sulfurique, était précipité de sa dissolution par l'ammoniaque. La dissolution dans la potasse était précipitée par l'acide hydrochlorique.

Le précipité cristallin résistait seul à l'action de l'acide nitrique. La dissolution dans cet acide, convenablement neutralisée par des vapeurs ammoniacales, devenait d'un beau rouge-pourpre par la dessication.

La partie dissoute dans l'eau bouillante étant desséchée, rougissait les couleurs bleues végétales, était entièrement soluble dans la potasse caustitique, avec dégagement d'ammoniaque.

Résumé et proportion.

Partie soluble dans l'eau bouillante, etc.	acide urique et urate d'ammoniaque	40,625 p. %
Partie soluble dans les acides et précipitée par l'ammoniaque	phosphate ammoniaco-magnésien	37,500
Partie cristalline, etc.		18,750

(1) L'analyse chimique du calcul a été faite par M. E. Hauchamps, pharmacien, préparateur de chimie à l'Université de Bruxelles.

Plus un peu de carbonate de chaux démontré par une légère effervescence par les acides, et le précipité obtenu par l'oxalate d'ammoniaque et un peu de matière fibreuse animale.

Réflexions.

L'absence complète de douleurs vers les reins et de tout autre symptôme qui serait venu indiquer la formation de calculs rénaux, d'autre part, la présence d'une seule pierre dans l'organe urinaire, autorise à établir la présomption que le calcul s'est développé spontanément dans la vessie.

L'examen de la vessie lors de la deuxième opération, par lequel on constata l'absence de toute poche, cavité ou kyste, l'extraction d'un calcul parfaitement libre de parties fibreuses et dépourvu de toute enveloppe, nous font croire que le calcul n'était point retenu dans un point de l'organe inaccessible aux moyens explorateurs.

Le peu de cristaux nouvellement formés sur les débris, pendant l'espace de deux mois qui s'écoulèrent entre les deux opérations, la disparition complète des symptômes peu de temps après la dernière opération, annoncent suffisamment que le calcul était d'une date très-ancienne et que si la maladie de vessie précéda la formation du calcul, au moins était-elle depuis longtemps entretenue par la présence du corps étranger.

Le grand nombre de praticiens qui donnèrent leurs soins à Marcus, parmi lesquels plusieurs furent certainement dirigés dans leurs recherches par l'idée de l'existence d'une concrétion urinaire, ne permettent pas de supposer que le calcul ait été méconnu par défaut de soins ou d'explorations suffisantes.

L'erreur dans laquelle on se trouva constamment sur la cause de la maladie, aussi longtemps qu'on se servit du cathéter ordinaire pour moyen explorateur, la connaissance immédiate que l'on acquit de la présence du calcul, dès qu'on employa un cathéter droit, prouvent à l'évidence que l'on doit attribuer à la défectuosité des instruments, mis en usage, la méconnaissance de la pierre pendant aussi longtemps; lorsque le bas-fond de la vessie descend assez fort et que l'organe n'est pas très-large, un calcul, même d'un certain volume, peut échapper aux recherches faites avec une sonde à longue courbure; le cathéter doit en effet parvenir sur le calcul par sa partie convexe dans ce cas, tant que celui-ci ne s'élève point jusqu'au niveau du col, à moins que la courbure de l'instrument ne soit assez rapprochée de l'extrémité pour permettre par un mouvement de cercle dans la vessie que le bec soit porté en bas et c'est ce qui ne peut avoir lieu avec les sondes ordinaires que lorsque la vessie a beaucoup d'ampleur.

Il serait à désirer que l'on ne se prononçât sur l'absence du calcul, malgré l'existence de tous les signes rationnels de cette affection, comme dans le cas que je viens d'exposer, qu'après avoir mis en usage non-seulement la sonde ordinaire, mais encore 1° le cathéter droit; 2° la sonde à courbure commençant à 1 ou 1 ½ pouce du bec, afin de parvenir avec certitude dans le bas-fond de l'organe et 3° le brise-pierre à quatre ou six branches, en ayant soin au préalable de s'assurer qu'il existe dans la vessie une

quantité de liquide mesurée, afin de parvenir par son moyen dans les points latéraux et antérieurs de l'organe, où des calculs peuvent être retenus par des liens fibreux.

La description du calcul que l'on trouva chez Marcus ne laissa point de doute sur l'ancienneté de son existence et sur sa division en plusieurs fragments à une époque antérieure à celle de la seconde opération ; il est difficile d'apprécier par le récit du malade si quelque circonstance extraordinaire est venue mettre obstacle à son extraction totale, lors de la première opération, et si l'on a pu induire, par le fragment retiré, que le calcul n'était point sorti en entier ; mais cette réunion de circonstance nous engage à recommander aux praticiens pour éviter de tomber dans des erreurs, préjudiciables à l'humanité, de bien examiner les fragments extraits de l'organe par l'opération, afin de s'assurer s'ils sont complets, s'ils ne décèlent pas par leur forme la présence d'un second calcul, d'explorer la vessie par la plaie au moyen de l'indicateur ou du cathéter ; enfin de chasser de l'organe par plusieurs injections d'eau tiède les dernières parcelles du calcul qui pourraient y séjourner et fournir le noyau d'une concrétion nouvelle.

CATALOGUE ANALYTIQUE

DU CABINET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE FONDÉ A L'HOPITAL SAINT-JEAN, A BRUXELLES.

(Suite, voir cahiers du mois de juillet 1841, page 169 et janvier 1842, page 90.)

CONCRÉTION.

N° 222. — *Concrétions fibro-cartilagineuses et kystes colloïdes du rein gauche.*

(*Voir* n° 220 pour l'historique.)

Description de la pièce pathologique. — L'aspect général du rein est arrondi, bosselé. Sa substance n'est nullement altérée, il est le siége de deux concrétions fibro-cartilagineuses; la plus petite a le volume d'un pois, la plus grosse celle d'une fève de haricot; il est en outre recouvert de kystes arrondis, dont la poche séreuse contient une matière colloïde jaunâtre; leur grosseur varie depuis le volume d'une tête d'épingle, à celui d'un œuf de pigeon; ils sont logés sur la substance corticale du rein qu'ils ont déprimée au godet, de manière que la moitié de leur circonférence se trouve comme enclavée dans la substance même de l'organe; le fond du godet a un aspect rayonné uniformément du centre à la circonférence.

(V. Pourcelet.)

CONTUSIONS.

N° 182.—*Contusion du mésentère. Rupture des vaisseaux mésentériques.*

Historique. — François Bigler, âgé de 53 ans, sergent au 17e de réserve, né à Berne, entré le 13 décembre à trois heures et demie du matin.

Chute d'un second étage dans un état d'ivresse.

Fracture du radius; entorse du poignet; douleurs fortes dans le côté droit de la poitrine et dans les lombes.

A 8 heures, douleurs aiguës à l'hypogastre; envies d'uriner; cathétérisme; ℥xx d'urine fortement chargée de sang.

Le soir, besoin d'uriner; la sonde ne donne point d'urine.

Le 14, tous les signes d'une perforation de la vessie avec épanchement dans l'abdomen, et de contusion violente des intestins; péritonite intense.

Le 15, mort à 10 ½ heures du matin.

Outre la contusion violente de tous les viscères, il y avait une fracture d'un des ischions, du corps d'une vertèbre lombaire, de la table interne de deux côtes ; hémorrhagie du mésentère, etc.

Description de la pièce pathologique. — Le mésentère était d'un rouge-violacé, fortement contus ; plusieurs petits vaisseaux artériels et veineux ont été ouverts par la violence de la chute et ont fourni une hémorrhagie assez forte ; un caillot d'un brun-noirâtre, de la grosseur du poing, obstruait leurs ouvertures béantes. (V. Pourcelet.)

N° 183. — *Contusion de la plèvre diaphragmatique.*

(*Voir* n° 182 pour l'historique.)

Description de la pièce pathologique. — Traces de contusion violente de la plèvre costale droite qui contient une livre de sang presque pur, non caillé, mêlé à de la sérosité.

Contusion avec épanchement sanguin assez considérable sous la plèvre diaphragmatique droite. (V. Pourcelet.)

CORPS FIBREUX.

N° 118. — *Corps fibreux de la matrice.*

Historique. — C'est la seule altération qu'on ait trouvée chez Jeanne Janssens, ménagère, âgée de 43 ans, entrée le 14 novembre, morte le 23 décembre 1837. D'un tempérament éminemment lymphatique, n'ayant jamais été mère ; elle avait depuis longtemps des pertes utérines, tantôt blanchâtres, tantôt en caillots sanguins ; dans ce dernier cas, elles constituaient quelquefois de véritables hémorrhagies utérines. Depuis quelques jours, à la suite d'un frisson violent, sans cause connue, douleur dans les lombes et la fesse gauche ; chaleur et gonflement de ces parties ; le membre entier du même côté se gonfle et devient douloureux, sans changement de couleur à la peau ; en un mot, tous les symptômes de la *phlegmatia alba dolens* se déclarent.

Description de la pièce pathologique. — A la partie postérieure du col utérin, s'implantent des languettes fibreuses, rubanées, longues d'un pouce ; le tissu de la matrice est fibro-cartilagineux, très-dur, très-dense et très-serré : le scalpel a peine à pénétrer ; plusieurs corps fibreux, dont un situé à gauche de la matrice, se sont développés dans ses parois.

(V. Pourcelet.)

N° 119. — *Corps fibreux et atrophie de la matrice.*

Historique. — Cette pièce fut rencontrée chez une femme de 53 ans, qui succomba le 14 octobre 1838, après avoir présenté depuis trois ans, des symptômes de métrite chronique, avec ascite et anasarque. Elle avait eu trois enfants, son dernier à l'âge de 40 ans.

Description de la pièce pathologique. — L'utérus est allongé, atrophié; le corps est très-mince; le col complétement effacé.

Les ovaires sont durs et atrophiés; des corps fibreux utérins existent; l'un s'implante sur la muqueuse, deux autres sont situés entre le corps utérin et le péritoine. (SIMONART.)

N° 126. — *Corps fibreux utérins.*

(*Voir* n° 19 pour l'historique.)

N° 127. — *Corps fibreux utérins.*

Historique. — Jeanne Heyenen, dentelière allemande, âgée de 33 ans, stature élevée, constitution robuste, virile; habituellement bien portante; mariée depuis douze ans, mère de trois enfants; ses règles se sont supprimées depuis huit mois, cette suppression a été suivies de douleurs utérines fréquentes.

Entrée à l'hôpital en juillet 1838, elle nous rapporte qu'elle tousse depuis un an, qu'elle a craché du sang; jamais elle n'a éprouvé de douleur laryngée, mais de la sécheresse, une gêne au larynx; oppression; points de côté fréquents; accomplissement assez régulier des fonctions digestives. — Nous lui reconaissons tous les signes physiques et rationnels de la phthisie aryngo-pulmonaire. Cavernes vastes, au sommet des poumons; voix et ltoux rauques, croupales; respiration sifflante; expiration et parole difficiles, etc. Elle succombe dans la matinée du 15 novembre suivant, en se plaignant de douleurs utérines assez vives.

N° 193. — *Corps fibreux utérins.*

Historique. — Rencontrés chez une vieille femme, âgée de 69 ans, qui succomba à la suite de gastro-entérite chronique, et qui n'avait accusé aucun symptôme qui dût faire supposer une maladie de l'utérus.

(SIMONART.)

CYSTITE.

N° 215. — *Cystite chronique, suite de la présence d'un calcul vésical.*

Historique. — M. B....., âgé d'environ 60 ans, nervoso-lymphatique, souffre depuis plusieurs mois, de douleurs vésicales et rénales, parfois très-violentes; dysurie très-prononcée, parfois strangurie; urines souvent purulentes, d'habitude déposant une matière glaireuse très-abondante. La sonde introduite dans la vessie, permet d'y constater l'existence d'un calcul vésical assez volumineux. M. B..... est miné par une fièvre continue.

En janvier 1859, il offre tous les symptômes d'une péritonite par perforation, à laquelle il succombe très-rapidement.

Description de la pièce pathologique. — Nombreuses ulcérations de la muqueuse, qui est décillée dans presque toute son étendue; entre elle et la musculeuse, de nombreux foyers, dont plusieurs se sont ouverts dans le petit bassin. Large perforation à la partie antérieure et latérale gauche inférieure, à travers laquelle le calcul, du volume d'une grosse noix, faisait saillie. Adhérence intime du rectum à la séreuse vésicale; entre eux et quelques points, des stries remplis de sanie. (SIMONART.)

DEGÉNÉRESCENCES.

N° 159. — *Dégénérescence strumeuse du foie.* (*Portion de foie décrit ci-dessous.*)

Historique.—François Bogaerts, âgé de 15 ans, ramoneur, scrofuleux, chétif, fut traité en 1857, d'ostéite commençante des extrémités articulaires du genou droit, qui céda au bout de quelques semaines. Rentré à l'hôpital le 13 juin 1858, il nous rapporte que depuis six semaines, il éprouve dans différents points du ventre, des tiraillements, des élancements assez vifs; anorexie; soif; météorisme du ventre; constipation; fièvre. Nous lui constatons une entéro-mésentérite aiguë, qui céda, au bout de trois semaines, à un traitement antiphlogistique sévère; à cette époque, il se plaint de douleurs vives dans les reins, vers le renflement lombaire, qui ne cèdent qu'après quelques semaines, à des applications répétées de ventouses scarifiées, caustiques, bains, etc., et s'accompagnent de tous les symptômes propres à la myélite.

En août des mollusques s'élèvent sur toute la surface du système cutané, surtout aux parois abdominales; bientôt la paraplégie apparaît; un traitement antiscrofuleux est établi; les voies digestives s'affectent de nouveau; la face est contractée à droite; sa partie gauche paralysée. Bogaerts ne se plaint d'aucune douleur; les facultés intellectuelles, les fonctions respiratoires restent intactes; le marasme survient; la constipation persiste; excrétion involontaire des urines; Bogaerts succombe dans le dernier degré de dépérissement.

Description de la pièce pathologique.—Le *foie* est double du volume normal; de toutes parts, à sa surface et dans l'épaisseur de son parenchyme, se remarquent des tumeurs, de formes diverses, d'un volume variable, depuis celui d'un œuf de pigeon jusqu'à celui d'un œuf d'oie, plus ou moins saillantes au-dessus du niveau du parenchyme; homogènes, d'aspect blanc-jaunâtre, quasi lardacées, dures, complétement analogues aux tumeurs sous-dermiques; n'offrant que çà et là quelques vaisseaux, contenant un sang liquide, tenu. Le parenchyme exempt de ces tumeurs est dur, brun-noirâtre, comme refoulé, à granulations très-déliées, vivement imbibé de sang veineux.

Vésicule du fiel contenant une petite quantité de bile diffluente, d'un

brun-verdâtre, inodore; une portion de ses parois, contiguë au foie, est infiltrée de matière analogue à celle des tumeurs hépatiques.

(Simonart.)

N° 162. — *Dégénérescence tuberculeuse des ganglions hépatiques.*

Historique. — Arnould Bouchelet, âgé de 68 ans, entré le 13 novembre 1837, mort le 18 décembre. D'une constitution détériorée, hémorrhoïdaire depuis quinze ans; tous les ans pendant l'été, vomissements au nombre de huit à dix tous les jours; depuis un an, sentiment d'un corps étranger à l'hypogastre; depuis vingt-deux jours, coliques violentes; diarrhée; depuis dix jours, vomissements de matières glaireuses et filantes après l'ingestion des aliments qui ne sont pas rejetés; langue d'un rouge-brun; bouche sèche, amère, pâteuse; soif vive; aigreurs; chaleur à l'épigastre; ventre ballonné, tendu; urines rouges, rares, glaireuses; fréquence et petitesse du pouls; peau sèche et râpeuse, etc. La tension du ventre ne permet pas d'y faire une exploration exacte. Marasme.

Description de la pièce pathologique. — Ces ganglions ou plutôt ces tubercules, dont trois étaient semi-ramollis au centre, en envoyant des adhérences à l'estomac, à l'intestin grêle, au pancréas, au diaphragme, au colon transverse, au foie, aux reins, à la rate, avaient formé avec ces organes une agglomération parfaite, un énorme paquet, dur, bosselé, que la tension du ventre n'a pas permis de reconnaître pendant la vie.

(V. Pourcelet.)

N° 196. — *Dégénérescence squirrheuse du sein gauche.*

Historique.—Ce sein a été trouvé chez Jeanne Simpens, âgée de 52 ans, d'un tempérament sanguin, mais d'une constitution détériorée; entrée à l'hôpital St-Jean, le 12 novembre 1838, elle y succomba le 19 décembre de la même année.

Voici les principaux symptômes de sa maladie : depuis seize mois cette femme avait été atteinte d'une dégénérescence squirrheuse du sein gauche, dégénérescence qu'elle regardait comme consécutive à la suppression de ses règles. Cette affection ne l'empêcha pas de travailler; lorsque deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle fut frappée d'hémiplégie du côté droit et d'embarras dans la parole; il est à remarquer cependant que cette hémiplégie ne fut pas subite, et que déjà beaucoup de temps avant cette époque, elle accusait aussi des douleurs lancinantes, siégeant à la nuque. Ces douleurs n'existaient plus à son entrée à l'hôpital. Elle se plaignait de gêne et de difficulté dans ses mouvements, gêne et difficulté qui augmentèrent progressivement jusqu'au moment où l'hémiplégie se déclara. A son entrée à l'hôpital, elle se trouvait dans cet état : à peine pouvait-elle articuler un mot; elle se plaignait surtout de l'estomac; la lumière, le bruit lui produisaient une impression pénible; elle ne délirait pas; elle avait la conscience de ses excrétions; la peau avait une teinte ictérique. On avait diag-

nostiqué une *gastro-encéphalite chronique,* de sorte que le traitement antiphlogistique fut seul employé.

Description de la pièce pathologique.—Le sein squirrheux est isolé; je l'ai dégagé de toutes les parties environnantes, je n'ai laissé seulement qu'un peu de tissu cellulaire induré, qui le recouvrait; j'ai fait quelques incisions dans la tumeur pour reconnaître si sa consistance, sa couleur et texture étaient vraiment celles de la dégénérescence squirrheuse, et elles me l'ont confirmé. (J. Thiry.)

N° 268. — *Dégénérescence squirrheuse de l'épiploon* (*épiplocèle*).

Historique. — La femme qui était atteinte de cette affection, portait une hernie très-ancienne, et irréductible, formant une tumeur arrondie, mobile; elle existait à la région ombilicale, très-dure, inégale, résistante, qui permettait néanmoins, qu'à travers ses parois l'on sentit le gargouillement intestinal. Quand elle entra à l'hôpital, son ictère commençait à paraître; la bouche était sèche, d'une amertume très-prononcée, des vomissements nombreux et verdâtres; douleur à l'hypochondre droit; foie volumineux, débordant les fausses côtes; plusieurs bosselures inégales, dures, se faisaient sentir à travers les parois abdominales. Les selles étaient grisâtres, les urines très-foncées. On diagnostique un squirrhe du foie. L'autopsie, du reste, vint confirmer l'opinion qu'on s'était faite. Cette femme fut soumise pendant assez longtemps à un traitement antiphlogistique et à un régime végétal.

Description de la pièce pathologique. — L'épiploon entraîné à travers l'ombilic par une hernie intestinale, représente une tumeur volumineuse, creusée d'une cavité assez spacieuse dans laquelle étaient logées plusieurs anses intestinales, parmi lesquelles quelques-unes avaient pris des adhérences. Un bon nombre de bosselures existent à la surface de cette portion d'épiploon, elles sont dures, inégales et lardacées.

(H. Henriette.)

N° 309. — *Dégénérescense de la rate.*

Historique. — Platsaert (Anne), âgée de 50 ans, entrée le 23 mars 1841, avec ascite et œdème des extrémités inférieures. Elle rapporte le début de son ascite à un an; son accroissement fut lent, et huit mois après vint s'y joindre l'œdème des extrémités inférieures. Depuis lors, des douleurs sourdes et continuelles se firent sentir dans la région des reins et l'hydropisie s'accrut rapidement. A son entrée, elle se plaint surtout de maux de reins qui ne lui laissent pas de repos; le ventre et les extrémités inférieures sont énormément distendues; la partie supérieure du corps est au contraire dans un état de marasme. A l'ombilic, on remarque une tumeur saillante d'un demi-pied de diamètre produite par une hernie du péritoine et remplie de sérosité que la pression fait rentrer dans l'abdomen. On constate un bruit de souffle au cœur, mais aucun autre symptôme d'une

maladie organique. Les urines sont claires, et leur examen, au moyen des trois réactifs : acide nitrique, alcool et chaleur employés plusieurs fois pendant son séjour dans le service de la médecine, démontre la présence d'une grande quantité de flocons albumineux. — *Traitement expectant.*

Les fonctions digestives s'altèrent de plus en plus ; il survient de l'hydrothorax suivi bientôt d'orthopnée ; les forces diminuent rapidement et la mort arrive le 15 avril suivant. (On n'a pu savoir si elle avait éprouvé une fièvre intermittente.)

Description de la pièce pathologique. — Cette rate est énorme et équivaut à plus de la moitié du volume du foie dont elle se rapproche par la consistance et la compacité de son tissu.

Sa forme est peu altérée.

Sa surface blanche et lisse dans une moitié de son étendue, adhère par le reste au péritoine à l'aide d'un tissu cellulaire très-dense. Sa membrane fibreuse d'enveloppe est épaissie au point d'avoir près d'une demi-ligne dans certains endroits, et sa consistance est semblable à celle des cartilages. Cette membrane se détache avec facilité de la rate. — Mais c'est surtout dans la structure intime de cet organe que gît l'altération. Une coupe a été faite suivant son grand diamètre. Les surfaces de cette coupe sont parfaitement lisses, et il ne s'en écoule aucune parcelle de sang par la pression, ni même par le grattage qui n'enlève qu'un peu de sérosité claire. On y aperçoit encore, mais moins distinctement que dans l'état normal, la trame fibreuse qui divise la rate en cellules, et ces cellules paraissent remplies d'un tissu de nouvelle formation dont le musculaire est celui qui s'en éloigne le moins. C'est à la présence de ce tissu dans les cellules qu'elles distendent, que le parenchyme de cette rate doit : 1° son augmentation de volume ; 2° sa dureté qui est plus considérable que celle du foie et qui permet, même dans ce dernier organe, sa division en tranches minces et rigides ; 3° sa coloration d'un rouge-clair laissant les tranches minces demi-transparentes.

Les vaisseaux y sont peu nombreux et se montrent béants comme dans le foie. (Hip. Rossignol.)

DISSECTION D'UN MOIGNON.

N° 279. — *Dissection d'un moignon, résultant d'une amputation partielle du pied, cicatrisation partielle, mort plusieurs années après.*

Historique. — La personne qui forme l'objet de cette observation fut amputée à l'hôpital St-Jean par M. A. Uytterrhoeven. Elle fut parfaitement guérie, vécut encore 5 ou 6 années et mourut dans les salles de médecine d'une maladie de poitrine.

Description de la pièce pathologique. — La peau enlevée, on remarque à la partie antérieure et supérieure du moignon une cicatrice fibreuse assez étendue, où viennent aboutir et se confondre dans le même tissu, tendons, nerfs, artères, etc. (J. Bougard.)

ECTROPION.

N° 224. — *Cas remarquable d'ectropion, etc.*

Historique. — Recueilli chez Jeanne Vanderplaen, âgée de 68 ans, qui vint mourir le 17 février 1839, à la suite des progrès d'une ostéite articulaire avec carie du genou.

Description de la pièce pathologique. — A la suite d'une brûlure qu'elle eut à la face dans son enfance, la paupière supérieure de l'œil gauche se renversa et se colla contre le sourcil, l'inférieure se conduisit de la même manière à l'égard de la joue; l'œil ainsi à découvert s'enflamma; la cornée devint opaque et se recouvrit d'une peau blanchâtre. Les différents milieux et membranes de l'œil, le nerf optique sont trouvés à l'état physiologique, quoique la vue fût abolie depuis longtemps; la glande lacrymale est atrophiée; plus de points lacrymaux. (V. Pourcelet.)

EMBRYON.

N° 136. — *Embryon monopse.*

Donné par M. A. Uytterhoeven. (Simonart.)

N° 269. — *Embryon de six semaines ou deux mois.*

Historique. — Après avoir été traitée antiphlogistiquement et d'une manière assez énergique, et après avoir gardé une diète sevère pendant un mois, une femme atteinte d'un typhus, avorta sans s'en apercevoir. Elle était alors sur le vase de nuit pour satisfaire à un besoin naturel.

Cet embryon provient de cette femme.

(H. Henriette.)

ÉPAISSISSEMENT.

N° 157. — *Épaississement de la séreuse hépatique.*

L'historique manque.

N° 160. — *Épaississement et aspect ratatiné de la séreuse hépatique.*

Historique. — Cette pièce a été trouvée chez Anne Catherine Mons, ouvrière, âgée de 42 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution détériorée qui entra à l'hôpital St-Jean le 25 octobre 1838, et y

succomba le 14 février 1839, à la suite d'une entéro-mésentérite chronique, compliquée d'affection organique du cœur. Cette femme rapportait l'invasion de sa maladie à l'époque où ses règles se supprimèrent. Une abondante collection séreuse remplissait le péritoine; ce dernier était fortement épaissi, présentait un grand nombre de fausses membranes qui établissaient des adhérences entre lui et les parois abdominales; cet épaississement était surtout marqué à la région du foie, là il avait un aspect que je désignai sous le nom de *ratatiné*.—Les valvules auriculo-ventriculaires gauches étaient ossifiées; pendant la vie on avait entendu le bruit de souffle et le tintement métallique, etc. (J. Thiry.)

EXOSTOSE.

N° 243. — *Exostose de la grosseur d'une aveline située à la partie interne du temporal droit, un peu au-dessus du rocher.*

Historique. — Meert, Égide, 42 ans, demeurant à St-Gilles, entre au dépôt d'aliénés, atteint d'un dérangement de l'intelligence avec accès fréquents d'épilepsie; il est mort le deuxième jour de son entrée à l'hôpital.

Description de la pièce pathologique. — A l'autopsie on ne trouva d'autre altération qu'une exostose de la grosseur d'une aveline, d'une dureté égale à celle de l'os lui même, existant à la face interne du temporal, un peu au-dessus du rocher. (J. Bougard.)

FAUX-GERME.

N° 114. — *Faux-germe.*

Donné par M. Canzius, élève interne. (Simonart.)

FISTULE.

N° 48. — *Fistule laryngée.*

Historique.— Renier Zeny, tailleur, âgé de 39 ans, adonné aux excès de boissons, plongé dans une misère profonde; d'une petite stature; constitution assez robuste, lymphatique, est admis le 21 novembre 1837, pour être traité d'une fracture oblique du tiers inférieur du fémur droit; sort huit semaines après, conservant un raccourcissement d'un pouce; la cuisse est arquée en avant et en dehors.

Depuis il fut en proie à toutes les horreurs de la misère; le 21 mars 1833, dans un moment de désespoir, il se plonge plusieurs coups d'un mauvais couteau, dont un à la partie antérieure du col, pénétant dans le larynx par l'intervalle crico-thyroïdien, où la plaie offre une étendue de 3 lignes, tandis qu'à la peau, elle a 3 centimètres de longueur; ses bords sont irrégu-

lièrement coupés. Une seconde plaie, étroite, est située immédiatement au-dessous de la première, n'intéresse que la peau; une troisième, superficielle, au-devant du sternum; deux à l'hypochondre gauche, dont l'une située immédiatement au-devant de la rate, a divisé deux fausses côtes et pénétré dans l'abdomen. Il arrive trois heures après l'accident; aucun pansement n'a été fait; il est exsangue; des abcès se forment autour des plaies du col et de l'hypochondre gauche; Zeny succombe le 6 avril, offrant des symptômes de résorption purulente.

Les détails de l'autopsie seront rapportés ci-après.

Description de la pièce pathologique. — Fistule arrondie, étroite, située à la partie moyenne de l'intervalle crico-thyroïdien; la muqueuse laryngée est comme ulcéreuse aux bords de la fistule; pas de traces d'inflammation. (SIMONART.)

FOIE.

N° 156. — *Foie gras.*

Trouvé sur le sujet du n° 227 (*voyez* tome 7, page 98).

N° 194. — *Foie gras* (1er degré).

Rencontré chez le sujet du n° 24 (*voy.* t. 7, p. 91).

N° 210. — *Foie gras* (*avec calculs biliaires dans la vésicule*).

Historique. — Marie Catherine Scheynen, tailleuse, âgée de 25 ans, née et demeurant à Bruxelles, chétive, nervoso-lymphatique, accouchée pour la première fois, il y a deux ans, n'a jamais été malade. Entrée à l'hôpital en décembre 1838, elle nous rapporte, que depuis six semaines elle est tourmentée par une diarrhée abondante, accompagnée de tous les signes d'une gastro-entéro-colite aiguë, avec toux sèche et rare, sans douleur thoracique, ni dyspnée; fièvre ardente. Elle présente du reste toute l'habitude extérieure d'une phthisique; ses règles ont cessé de paraître depuis six mois. Un traitement antiphlogistique sévère est employé pendant plusieurs jours; nonobstant la diarrhée persiste; ventre météorisé, indolore; langue sèche et rouge; l'appétit reparaît; toux plus fréquente, accompagnée parfois d'expectoration muqueuse, striée de quelques taches sanguinolentes; fièvre continue; la phthisie fait des progrès rapides, et de concert avec la diarrhée, entraînent le malade au tombeau le 10 janvier 1839; quelques heures avant la mort, nous avions remarqué une teinte ictérique légère de la sclérotique et de la face; jamais la malade n'avait accusé de douleur hépatique, ni eu de vomissement.

Nécroscopie. — Outre les lésions signalées ci-contre :

Plaques laiteuses au péricarde; *cœur*, d'un volume très-petit; sang coagulé, noir-foncé dans les cavités droites; adhérences pleurétiques nom-

breuses ; *hydrothorax* abondant des deux côtés. *Poumons* présentant à leur partie supérieure des cavernules nombreuses, remplies de matière séro-purulente, grumeleuse, d'un gris sale, d'odeur nauséabonde.

Estomac, duodenum, jejunum, sans altération notable.

Ileum, dans ses deux tiers supérieurs, sa muqueuse est parsemée d'ulcérations étroites, à bords arrondis, pâles ; à surface égale, grisâtre, isolées ou réunies au nombre de 2, 3 ou 4. Au tiers inférieur, elles se rapprochent de plus en plus. A trois pouces environ de la valvule iléo-cœcale, large ulcération qui occupe toute la circonférence intestinale, rétrécie, à surface d'un gris sale, couverte de végétations, de points noirâtres et de tubercules d'un gris-jaunâtre, semi-ramollis, du volume d'une tête d'épingle environ, nombreux et comme implantés dans la muqueuse; les bords de l'ulcère sont durs, inégaux, perpendiculaires; sa séreuse épaissie; décoloration bleuâtre. *Ganglions mésentériques* engorgés ; *utérus*, double du volume normal et d'une dureté presque squirrheuse.

Encéphale sans altération.

Description de la pièce pathologique. — Elle est formée par la portion médiane du foie, qui était double au moins de son volume normal, d'un jaune foncé, friable, très-mou, graissant les doigts et le papier ; à granulations développées; la vésicule est dilatée (contenait huit calculs biliaires assez volumineux, à facettes multiples et une bile visqueuse, brunâtre). (Simonart.)

FONTE TUBERCULEUSE.

N° 107. — *Fonte tuberculeuse du rein droit.*

Historique. — Cette désorganisation complète du rein, trouvée chez une femme qui succomba à une péritonite chronique, n'a signalé son existence par aucun symptôme pendant la vie.

Description de la pièce pathologique. — L'aspect extérieur du rein est bosselé; il est converti en cellules pouvant contenir une grosse noix. Deux de ces cellules étaient remplies par une matière concrète, épaisse, d'un blanc-jaunâtre; les autres contenaient une matière très-blanche, onctueuse, inodore, de la consistance du beurre à moitié fondu. Ce rein n'a plus qu'une légère pellicule extérieure, en un mot, il a subi ce qu'on peut appeler raisonnablement une fonte tuberculeuse; les urétères et la vessie n'offraient rien de particulier. (V. Pourcelet.)

FRACTURES.

N° 240. — *Fracture de la base du crâne.*

Historique. — Un ouvrier fort et robuste, âgé de 25 ans, fit une chute d'un second étage sur un tas de pierres.

Il présenta des symptômes de commotion cérébrale, puis d'épanchement sanguin, et il succomba le lendemain.

Description de la pièce pathologique. — A l'autopsie on constata une fracture de la base du crâne, transversalement, vers la partie antérieure du sphénoïde.

Mais ce qu'il présenta de remarquable, c'est l'enfoncement de la partie droite de l'occipital, dans une surface de deux pouces quarrés environ, sans aucune trace de contusion à l'extérieur. Il y avait épanchement sanguin à la base du cerveau et du cervelet. (J. Bougard.)

N° 251. — *Fracture du crâne.*

Historique. — Devreul, André, ouvrier maçon. âgé de 55 ans, fit une chute d'environ 12 pieds de haut sur un tas de pierres, et se fractura la clavicule obliquement au tiers moyen; extérieurement, contusion très-forte au pariétal droit; gonflement considérable, ce qui empêcha de reconnaître la fracture; commotion cérébrale; perte de l'intelligence et de la sensibilité; râle trachéal; sueur visqueuse. .

Entré le 8 octobre à l'hôpital, mort le 9 novembre 1839.

Description de la pièce pathologique. — Fracture de la base du crâne, enfoncement du pariétal droit, fracture de la voûte orbitaire.

(J. Bougard.)

N° 256. — *Fracture de la base du crâne et de l'occipital.*

Historique. — Quinet Marie, journalière, âgée de 47 ans, d'un tempérament lymphatique et s'adonnant avec excès aux boissons spiritueuses, fit une chute de 12 à 15 escaliers et fut apportée à l'hôpital instantanément le 20 octobre 1839.

Nous remarquâmes des traces de sang sorti de la bouche, des narines, des oreilles; une légère contusion à l'occiput; perte de l'intelligence et de la sensibilité; paralysie ou plutôt résolution complète des membres; pupilles dilatées, face pâle, respiration lente; pouls petit et lent; extrémités froides.

On diagnostiqua une forte commotion cérébrale.

Les accidents augmentèrent malgré les moyens employés dans cette circonstance, la respiration devint stertoreuse et de plus en plus gênée; enfin elle succomba le 21 au matin.

Description de la pièce pathologique. — L'occipital présente une fracture partant du trou de ce nom et se dirigeant vers son angle supérieur. Le pourtour du trou occipital est fracturé; le sphénoïde est séparé de cet os dans son articulation.

Autopsie cadavérique. — Contusion à l'occiput intérieurement; forte contusion de la partie antérieure de l'hémisphère cérébral droit; épanchement sanguin considérable à sa surface convexe et dans son intérieur; fracture de la base du crâne. (J. Bougard.)

N° 299. — *Fracture du coronal et de la voûte orbitaire gauche.*

Historique. — Breekaert Guillaume, âgé de 34 ans, maçon, étant occupé à travailler au dehors d'une croisée au 2e étage, à une hauteur d'environ 30 à 40 pieds, saisit un corps mobile et tomba sur les pierres.

Entré le 26 février 1841, la plaie ne paraît pas être très-grave, sans enfoncement et sans aucun symptôme de compression ; mais le blessé présente un état de stupeur générale suite de la commotion qu'il a éprouvée au moment de la chute.

Il reste dans un état très-satisfaisant, pendant au moins 15 jours, au point que l'on croyait à une cicatrisation prochaine de la plaie, mais une encéphalite aiguë se déclare, et il succombe le 13 mars au matin.

L'observation se trouve consignée en détail au registre d'observations cliniques.

Description de la pièce pathologique. — Toute la base du crâne est conservée en entier.

On remarque un sillon circulaire de la grandeur d'une pièce de deux centimes, sillon qui se trouve au-dessus de l'orbite gauche et s'étend dans la voûte, même jusqu'à l'entrée du nerf optique, où se trouve, à sa partie moyenne, une ouverture formée par une esquille mobile.

L'extrême mincité de la partie osseuse, qui forme la voûte orbitaire est remarquable, surtout du côté droit, où elle est transparente.

(J. Redemans.)

N° 306. — *Fracture du crâne avec esquilles.* (*Cause :* coups de marteau.)

Historique. — Harfaux Magdelaine, agée de 42 ans.

Entrée le 3 juin, décédée le 21.

Voir le cahier d'observations.

Description de la pièce pathologique. — La voûte du crâne représente quatre fractures, dont deux situées au sommet, à l'union des deux pariétaux avec le coronal ; on y voit les traces de deux couronnes de trépan qui ont été appliquées en cet endroit. — 15 esquilles en ont été retirées et conservées. Deux autres fractures se trouvent vers la bosse pariétale gauche avec enfoncement de la table interne.

(J. Redemans.)

N° 247. — *Fracture des os du nez, des orbites et de l'ethmoïde.*

Description de la pièce pathologique. — Les os du nez, l'ethmoïde. le bord des orbites dans leur moitié interne, la voûte orbitaire gauche ont été fracturés.

(J. Bougard.)

N° 261. — *Fracture de la colonne cervicale.*

Historique.—Goór Henri, batelier, âgé de 44 ans, né à Dordrecht et domicilié sur le bateau : *la Ville de Bruxelles,* fit une chute, du haut du mât, sur le pont. On l'apporta immédiatement à l'hôpital St-Jean. Perte complète de l'intelligence et de la sensibilité ; résolution des membres ; la respiration est très-gênée ; la face bleue, gonflée ; symptômes d'asphyxie. Il est à remarquer que cet homme est d'un tempérament athlétique. Il expira deux heures après son entrée.

Autopsie. — Fracture de la colonne cervicale ; contusion, déchirure en travers de la moelle cervicale ; épanchement sanguin dans les parties environnantes.

Description de la pièce pathologique. — La quatrième vertèbre est fracturée dans son corps, à peu près transversalement. Il n'y avait aucun déplacement, c'est pourquoi on ne fit que présumer la fracture.

(J. Bougard.)

N° 262. — *Fracture des onze dernières côtes droites et des os du bassin.*

Historique. — Garnadier François, maçon, âgé de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, fit une chute d'environ 30 pieds de haut sur un sol inégal. Dans cette chute, il se fit plusieurs plaies à la tête, se fractura l'avant-bras, se fit une contusion très-forte au sacrum et aux membres inférieurs, se fractura les onze dernières côtes et les os du bassin. En même temps, il y eût commotion cérébrale très-forte. A son entrée, l'intelligence était abolie, mais la sensibilité conservée ; il se plaignait très-amèrement ; agitation continuelle. Bientôt il se montra des symptômes d'hémorrhagie interne ; pâleur de la face ; refroidissement des extrémités ; pouls petit ; lypothimies ; syncopes ; et il succomba quatre heures après son entrée.

Autopsie. — Les altérations indiquées ; en outre déchirure du bord inférieur du poumon ; épanchement de plusieurs livres de sang dans la poitrine. Grande et profonde déchirure du foie à sa partie postérieure externe. Déchirure du rein du même côté ; déchirure de la rate aux lobes moyen et inférieur ; épanchement sanguin, remplissant presque toute la cavité abdominale ; fracture du radius au tiers moyen. Le cerveau est à l'état normal.

Description de la pièce pathologique. — Les onze dernières côtes droites sont fracturées sur une ligne un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, de façon que la supérieure est fracturée près de la colonne vertébrale, tandis que l'inférieure l'est à deux ou trois pouces.

Os du bassin. Le sacrum est fracturé transversalement dans sa partie inférieure.

L'os iliaque gauche est séparé en deux parties dans la cavité cotyloïde, une supérieure et l'autre inférieure. Le droit offre aussi une fêlure dans la cavité cotyloïde. (J. Bougard.)

N° 260. — *Fracture du bras droit dans l'articulation huméro-cubitale.*

Historique. — Le nommé Lindekens Nicolas, ouvrier, âgé de 19 ans, d'un tempérament sanguin, fut apporté à l'hôpital St-Jean le 31 août 1839, atteint de commotion cérébrale, de diverses contusions et de fractures comminutives dans l'articulation du coude, avec saillie des fragments au-dehors, et broiement pour ainsi dire de la partie supérieure de l'avant-bras et inférieure du bras droit. Il expira le lendemain. Cet accident fut produit par une chute de 15 pieds de haut.

Description de la pièce pathologique. — La pièce se compose de l'humérus, du radius et du cubitus.

L'humérus présente une fracture transversale à un pouce de l'articulation du coude; le fragment inférieur est à son tour fracturé longitudinalement dans sa partie moyenne jusque dans l'articulation.

Le cubitus présente la fracture de l'olécrâne. (J. Bougard.)

N° 283.— *Fracture de l'extrémité supérieure du cubitus, suite de coup de sabre.*

Historique. — Matheys Corneille, âgé de 35 ans, se prit de querelle avec un militaire, qui lui porta un coup de sabre, mais pour se préserver la tête, Matheys éleva l'avant-bras au-dessus et dans la flexion sur le bras; c'est dans cette position qu'il reçut le coup de sabre. Il en résulta une plaie au coude, partie postérieure, fracture de l'olécrâne et ouverture large de l'articulation. Il survint une inflammation phlegmoneuse diffuse dans l'avant-bras et le bras, puis suppuration très-abondante, etc. On lui proposa l'amputation, refus formel; plus tard, et lorsqu'il n'en était plus temps, il y consentit; on la pratiqua, mais il expira deux jours après.

Description de la pièce pathologique. — Cette pièce consiste dans la fracture de l'olécrâne à son union avec le cubitus; le radius qui avait été luxé, présente une fracture de son rebord saillant. L'humérus est conservé ainsi que le radius, cubitus et olécrâne. (J. Bougard.)

N° 300. — *Fracture comminutive de l'articulation du coude gauche.*

Historique. — Vervueren Corneille, âgé de 31 ans, maçon, entre à l'hôpital le 21 mars 1841.

Atteint de fracture comminutive de l'articulation du coude gauche, le bras ayant été pris dans un engrénage d'une machine à vapeur.

Le gonflement qui déjà est assez fort, lors de son entrée, augmente considérablement en quelques jours, des eschares se détachent, et l'on trouve l'articulation ouverte.

Tout espoir étant perdu pour la conservation du bras, on en pratiqua l'amputation au tiers inférieur du bras le 29 mars, huit jours après son entrée.

L'état général de l'individu, très-favorable le jour de l'opération, ne tarde pas à s'altérer quelques jours après. Se trouvant au milieu d'un grand nombre de malades, et influencé par l'air vicié et miasmatique de l'hôpital, il contracta une fièvre putride, à laquelle il succomba le 9 avril à 11 heures du soir.

Description de la pièce pathologique. — La pièce se compose des deux os de l'avant-bras, radius et cubitus, et de l'extrémité inférieure de l'humérus correspondant.

On y remarque le broiement des parties constituant l'articulation du coude gauche; plusieurs esquilles séparées, formées par la fracture de l'olécrâne, l'extrémité supérieure du cubitus et la tête du radius détachées.

(J. Redemans.)

N° 245. — *Fracture des os du bassin.*

Historique.— Un jeune homme, atteint de fièvre typhoïde, restait seul dans un quartier; la nuit, dans l'exaspération du délire, il s'est précipité par la fenêtre de son appartement, élevé d'environ 20 pieds au-dessus du sol. D'après ce qu'il a pu nous dire, il est tombé sur les pieds. Transporté de bon matin à l'hôpital, il fut placé dans les salles de médecine, car il ne présentait aucune trace de contusion à l'extérieur, il n'accusait aucune douleur, remuait les membres, et les personnes qui l'accompagnaient rapportèrent qu'il délirait depuis plusieurs jours.

Description de la pièce pathologique. — Il fut traité pour son entérite folliculeuse et rien n'attira l'attention du côté du bassin. Il succomba le dixième jour de son séjour à l'hôpital. A l'autopsie, outre l'altération des follicules muqueux largement ulcérés, on trouva la branche horizontale du pubis gauche fracturée et s'enfonçant dans le petit bassin, un épanchement sanguin intérieur considérable; fracture de l'iléum dans sa partie postérieure; enfoncement de la fosse iliaque; fracture du sacrum à son extrémité inférieure; fracture du corps du fémur gauche.

(J. Bougard.)

N° 286. — *Fracture du sacrum.*

Historique. — Le sujet qui fait l'objet de cette observation a fait une chute du second étage sur les fesses, il est mort peu de temps après.

Le sacrum est fracturé en travers.

N° 287. — *Fracture de la jambe à différents endroits, cal ou réunion avec difformité.*

Historique. — Un ouvrier maçon a été traité à l'hôpital pour une fracture de la jambe à deux endroits, vers l'union du tiers moyen avec l'inférieur, et à l'union du premier avec le supérieur ; il fut parfaitement rétabli, mais avec une difformité assez apparente ; il vint ensuite (dix ans après) mourir dans les salles de médecine de phthisie pulmonaire.

Description de la pièce pathologique. — Le fragment du milieu formant le tiers moyen du tibia, est porté en avant, surtout à son extrémité inférieure, et consolidé dans cette position. Le péroné est fracturé plus haut d'un côté, et plus bas, inférieurement, que le tibia.

(J. Bougard.)

N° 303. — *Fracture comminutive des os du pied gauche.* (*Cause*, chute du 2e étage sur le pied.)

Historique. — Dekock Jean-Baptiste, âgé de 59 ans, libraire, entré le 5 juin et mort le lendemain.

Description de la pièce pathologique. — Tous les os du pied sont conservés ; un grand nombre d'esquilles, et pulvérisation du calcaneum.

(J. Redemans.)

GANGRÈNES.

N° 129. — *Gangrène de la verge, etc.; perforations du canal de l'urètre* (fausses routes); *cystite chronique; perforation de la vessie obturée par des adhérences; ulcérations, etc., de la muqueuse.*

Historique. — Fidèle Joseph Molitor, âgé de 50 ans, robuste, sanguin, ancien militaire, fut atteint, il y a vingt ans, de syphilis. Depuis il eut trois blennorrhagies qui durèrent plusieurs mois et laissèrent après elles, une excrétion d'urine difficile, par jets bi, tri et polyfurqués. Il y a deux ans, syphilis constitutionnelle ; perforation de la voûte palatine ; mercuriaux. Depuis, l'émission est plus difficile encore sans douleur rénale, ni hématurie. Il y a six semaines, douleur à l'hypogastre ; urines mêlées de sang et de glaires. Depuis trois jours, les douleurs, la dysurie ont augmenté, et avant-hier, rétention complète d'urine ; le médecin qui fut appelé employa le cathétérisme forcé au moyen des sondes de Mayor; douleur vive au périnée ; hémorrhagie abondante ; impossibilité de parvenir dans la vessie.

A son entrée à l'hôpital, le 2 août 1838, cystite aiguë, intense ; rétention complète d'urine ; on reconnaît une fausse route au-devant de la portion membraneuse de l'urètre ; urines boueuses, fétides, sanguinolentes, ammo-

niacales, muqueuses, purulentes. Le 20, son état est très-satisfaisant, cystite chronique; le 22, hématurie abondante; le 23, cystite aiguë; gastro-colite; fièvre intense; le 24, caillots sanguins, matière glaireuse, purulente dans les urines, en telle abondance qu'elle occupe la moitié du vase qui les contient; leur odeur est de plus en plus repoussante; le 25, nouvelle intensité des symptômes; frissons; on dirait Molitor atteint de fièvre typhoïde grave, il en offre tous les symptômes. Les jours suivants, les frissons se répètent; le 31, teinte jaunâtre du corps; périnée, scrotum, verge, fortement enflammés; le 1er septembre, tuméfaction de l'aîne droite; le 2, gangrène de ces parties; le 3, coma; le 4, mort.

Description de la pièce pathologique. — Toute la peau et le tissu cellulaire de la verge, de l'origine du scrotum et de l'aine droite, sont sphacélés.

L'urètre et la vessie étant ouverts par leur partie antérieure, on voit au canal deux énormes lésions de continuité, situées à sa partie postérieure : l'une située à un pouce de la fosse naviculaire, a 12 lignes de longueur et communique avec le tissu cellulaire de la verge; l'autre occupe la partie antérieure; à la portion membraneuse, elle a 18 lignes de longueur et communique avec le tissu cellulaire sphacélé des bourses et du périnée.

La vessie énormément hypertrophiée, a un demi-pouce d'épaisseur; sa membrane muqueuse, raccornie, endurcie, est le siége de plusieurs ulcérations de diverses grandeurs; une de ces ulcérations, occupant la partie postérieure du fond de la vessie, a intéressé toute l'épaisseur de l'organe; et sans des adhérences qui se sont établies en cet endroit entre la vessie et le rectum, adhérences qui ont prolongé, pour ainsi dire, la cloison recto-vésicale, l'urine se fût épanchée dans l'abdomen.

Foie et poumons remplis d'abcès très-fétides, d'odeur gangréneuse; sang diffluent; sérosité dans les ventricules du cerveau; plaques brunâtres; arborisations, ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale; pointillation noire des plaques de Peyer; ulcération dans le gros intestin; rate convertie en bouillie putrilagineuse.

A travers ce délabrement, on ne découvre plus de traces de rétrécissement. (V. Pourcelet.)

N° 152. — *Cas remarquable de gangrène du cerveau.*

Historique. — Jean-Baptiste Heldewys, âgé de 12 ans, relieur, lymphatique, scrofuleux, fut admis à l'hôpital le 12 juillet 1838. Il était affecté d'ulcères et d'engorgements scrofuleux du cou et de la face. Il avait une carie au côté gauche du coronal vers sa réunion avec le temporal et l'occipital. L'invasion de la maladie datait de six ans. Depuis deux ans des esquilles s'en détachaient; la méninge était à nu; on découvrait les mouvements du cerveau; l'artère méningée moyenne battait au fond de la plaie; pansements et soins convenables; on le soumet à l'huile de foie de morue.

Vers le commencement de décembre, sans cause connue, frisson, suivi de chaleur et de transpiration; inappétence; soif; céphalalgie; éblouissements; vertiges; peau chaude, brûlante; pouls large et fréquent; bientôt

battements, élancements dans la tête; suppression de la suppuration à l'endroit de la carie qui auparavant fournissait un pus abondant; sensation d'un corps qui semblait écarter les parois du crâne; délire nocturne; paroxysme dans l'après-midi; la méninge ne tarde pas à se déchirer, ou plutôt à s'ulcérer; une odeur spécifique gangréneuse se déclare; des morceaux de substance cérébrale gangrénée, exhalant au loin une odeur fétide insupportable, s'échappaient par l'ouverture du crâne; le pouls devint irrégulier, intermittent; et chose remarquable, le malade conservait l'usage de ses facultés intellectuelles et exécutait librement toutes ses fonctions; nulle trace de paralysie soit du sentiment, soit du mouvement.

La seule circonstance digne d'être notée, c'est que, trois jours avant sa mort, tout en paraissant prêter attention aux questions qu'on lui faisait, il répondait toujours affirmativement et par un *oui* très-prononcé à tout ce qu'on lui demandait. A partir de cette époque, il ne reconnaissait plus personne; cependant il se levait et marchait encore dans la salle (pendant son délire bien entendu); il n'eut que quelques heures de coma. Mort le 10 décembre.

Description de la pièce pathologique. — Ce bocal contient l'hémisphère gauche du cerveau, les caillots sanguins qui se trouvaient dans les ventricules et une masse gangréneuse, le tout traité par le sublimé corrosif en solution concentrée.

Le lobe antérieur du cerveau est complétement détruit et réduit en bouillie gangréneuse d'une odeur fétide insupportable; la masse que j'ai pu conserver ne doit sa solidité qu'au sublimé; le ventricule latéral est largement ouvert; la partie antérieure des corps striés est ulcérée; le nerf optique est intact; tous les ventricules du cerveau étaient remplis de caillots sanguins épaissis, indurés.

La substance cérébrale était pointillée, gorgée de sang; les membranes du cerveau enflammées. Tubercules crus dans les poumons; abcès par congestion dans le ventre produit par une carie de l'iliaque.

(V. Pourcelet.)

N° 219. — *Inflammation aiguë des artères iliaque, fémorale, poplitée, tibiale antérieure et péronière* (côté droit). *Cas remarquable, ayant développé la* gangrène *dite* sénile.

Cette pièce pathologique provient du sujet du n° 220. — Voyez tome 7, page 96.

Description de la pièce pathologique. — Une légère ossification occupe, au milieu d'une tache bleuâtre peu étendue, l'iliaque primitive droite avant l'origine de l'iliaque interne. A partir de sa naissance, l'iliaque externe droite offre une couleur pourpre admirable de sa membrane interne; cette couleur est d'autant plus foncée qu'on l'examine plus inférieurement dans les ramifications nombreuses de cette artère; la poplitée, surtout, a une coloration des mieux dessinées. Cette membrane n'a point perdu son poli, mais elle est ramollie, épaissie, se décolle facilement d'avec la tunique moyenne; elle est le siége de plaques dont les unes semblent

formées par une poussière grisâtre, les autres par un commencement de *chondrose* et çà et là de quelques points cartilagineux et même osseux. A deux pouces au-dessus de la naissance de la musculaire profonde, jusqu'à trois pouces au-dessus de ce point, l'artère fémorale est complétement obstruée par une concrétion fibrineuse, dense, décolorée, grisâtre, formée de couches concentriques qui se superposent les unes sur les autres, et dont les externes ou superficielles adhèrent intimement aux parois de la membrane interne (la musculaire profonde offre les mêmes altérations). Plus bas, jusqu'à la poplitée, une bouillie noirâtre, adhérant aux parois du vaisseau par des filaments fibreux, oblitère complétement son calibre. La poplitée et ses branches sont également oblitérées par des concrétions fibrineuses, moins décolorées que celles dont il est parlé plus haut. Les tibiales péronière, inter-osseuse, et les branches qu'elles fournissent, présentent à un degré plus prononcé, ces concrétions qui sont aussi plus dures et plus résistantes.

N. B. Les veines de ce membre sont également le siége d'une coloration plus foncée de leur tunique interne; des concrétions fibrineuses adhèrent à leurs parois et sont gorgées de sang.

Les autres veines n'offrent rien de particulier.

N. B. L'artère a été coupée pour pouvoir entrer dans le bocal; à gauche l'iliaque et la fémorale; au milieu la continuation de la fémorale et de la poplitée; à droite la fin de la poplitée et la tibiale antérieure et péronière.

(V. Pourcelet.)

GASTRITE.

N° 59. — *Gastrite chronique.*

Historique. — Ignace Kuic, briquetier, âgé de 40 ans, entra à l'hôpital le 4 juillet 1837. D'une constitution détériorée, mais d'une stature qui rappelle celle d'un homme jadis fort et robuste; habitué aux travaux excessifs et aux excès, il a depuis longtemps des palpitations de cœur et depuis deux ans les symptômes d'une gastrite chronique, très-bien caractérisée, à son entrée. Il succomba le 12 août. Pendant son séjour, il a été convalescent à plusieurs reprises, des excès dans le régime, que nous n'avons pu prévenir, l'ont conduit au tombeau.

Description de la pièce pathologique. — Plaques ardoisées le long de la grande courbure; la muqueuse est hypertrophiée, très-dure; indépendamment de plusieurs petites ulcérations, elle est le siége, le long de la petite courbure, de deux autres à fond d'un blanc-bleuâtre, à bords usés et sans aréole. L'estomac a une vaste capacité

(V. Pourcelet.)

GASTRO-DUODÉNO-MÉSENTÉRITES.

N° 62. — *Gastro duodéno-mésentérite chronique.*

(Voir n° 162 pour l'historique.)

Description de la pièce pathologique. — Hypertrophie considérable de la muqueuse stomacale qui est très-dure, résistante, rétractée, ratatinée, plissée sur elle-même, présentant quelques petites ulcérations. Les tuniques musculeuse et séreuse ne sont point sensiblement altérées. Le calibre de l'estomac égale à peine celui du gros intestin. Le duodénum est recouvert, criblé de petites ulcérations reconnaissant pour cause des tubercules ulcérés. (V. Pourcelet.)

N° 95. — *Engorgement tuberculeux des ganglions mésentériques.*

Historique.— Joséphine Malefer, âgée de 23 ans, couturière, nervoso-lymphatique, née à Lebreug, depuis un an à Bruxelles, jeune veuve, en proie, depuis quelques années, à des chagrins profonds, fut atteinte d'hémoptysie abondante en 1835. Depuis elle ne discontinua pas de tousser et les symptômes de la phthisie tuberculeuse ne tardèrent pas à se développer. A son entrée, en juillet 1837, aux caractères physiques et rationnels de la présence de tubercules semi-ramollis dans le parenchyme pulmonaire, se joignent : rougeur de la langue ; aphthes; anorexie; douleurs abdominales vagues; diarrhée abondante qui devint presque continue dans les derniers jours de sa vie ; ventre météorisé, offrant au toucher un engorgement prononcé des ganglions mésentériques ; fièvre ardente.

Nécroscopie. — Outre l'engorgement tuberculeux des ganglions mésentériques :

Poumons, formés de nombreux et vastes noyaux tuberculeux, crus; engorgement tuberculeux des ganglions bronchiques et médiastins; mésentère criblé de ganglions tuberculeux, d'un volume variable, qui va quelquefois jusqu'à celui d'un œuf de poule; nombreuses ulcérations tuberculeuses de l'*ileum* et du *cœcum*.

Foie, contenant un grand nombre de tubercules miliaires.

Estomac, *reins*, *utérus*, *vessie*, *larynx*, *encéphale*, n'offrant pas de lésion notable. (Simonart.)

N° 96. — *Engorgement typhoïde des glandes du mésentère.*

Historique. — Philippine Van Rossem, âgée de 25 ans, servante, entrée le 1er mars, atteinte de fièvre typhoïde grave datant de cinq jours; il y avait amélioration notable, la malade était sur le point d'entrer en convalescence; un écart dans le régime amena une récidive, et elle succomba.

(V. Pourcelet.)

GOITRE.

N° 278. — *Goître volumineux.*

Historique. — Cette pièce fut recueillie sur une jeune personne morte phthisique, nous n'avons pu faire l'historique du développement de cette tumeur.

Description de la pièce pathologique. — La tumeur est de la grosseur de la tête d'un enfant, paraissant bilobée inférieurement et antérieurement ; la partie postérieure présente des sillons qui logent l'œsophage, la trachée artère, les carotides ; ces organes sont en place. L'intérieur est de nature fibreuse. (J. Bougard.)

HÉPATISATIONS.

N° 167. — *Hépatisation grise du poumon gauche.*

(Voir n° 192 pour l'historique.)

Nécroscopie. — (24 heures après la mort.) Face jaunâtre ; rigidité des membres ; épanchement et injections aux méninges ; hépatisation rouge à la partie supérieure du poumon gauche, grise dans le reste de son étendue; épaississement et adhérence des plèvres gauches ; engouement inflammatoire du poumon droit ; pleurésie avec vaste épanchement séro-fibrineux. Signes de gastro-entérite intense ; hypérémie de tous les viscères abdominaux.

Description de la pièce pathologique. — Tranche double du lobe inférieur et d'une portion du lobe supérieur, non crépitante, compacte, infiltrée d'une grande quantité de matière purulente. Épaississement marqué des plèvres qui la revêtent et adhèrent intimement entr'elles, de même que les plèvres interlobaires. (Simonart.)

N° 185. — *Hépatisation grise.* — Détritus *pulmonaire résultant de la* suppuration *du lobe supérieur du poumon droit.*

Historique. — Rencontrée chez Marianne Van Luck, âgée de 69 ans, d'une constitution détériorée, et qui offrait tous les signes d'un âge plus avancé que celui qu'elle avait réellement.

Cette femme était entrée à l'hôpital le 10 décembre 1838, atteinte d'une pleuro-pneumonie suraiguë. — Nous ne pûmes avoir aucun renseignement antérieur sur sa maladie ; à son entrée, elle présentait les symptômes suivants : douleur sourde et profonde du côté droit de la poitrine ; respiration plaintive suspirieuse, très-accélérée ; toux fréquente ; expectoration d'un liquide analogue à celui qui résulterait du mélange du pus, avec un sang rosé ; du râle muqueux à grosses bulles, et une espèce de gargouillement, ainsi qu'une forte résonnance de la voix se faisaient entendre

du côté droit ; le murmure respiratoire était remplacé par un souffle bronchique des mieux caractérisé ; sa fièvre était forte ; on eut recours à un traitement antiphlogistique très-énergique, suivi du traitement contro-stimulant et révulsif, ce qui n'empêcha pas la maladie de faire de rapides progrès, et d'emporter la malade le 12 du même mois, deux jours après son entrée.

Description de la pièce pathologique. — Dans la cavité thoracique, le poumon droit était uni à la plèvre par des nombreuses adhérences : nul épanchement dans la poitrine.

Le lobe supérieur du poumon, qui forme cette pièce anatomique, est d'une teinte grisâtre, ne jouit plus d'aucune élasticité, présente une surface antérieure complétement désorganisée, cela ressemble assez à une *loupe* épaisse, dont la partie liquide serait formée par du pus, tandis que les grumeaux seraient formés par les débris du poumon ; on rencontre plusieurs autres foyers purulents, dans lesquels on ne reconnaît plus la substance pulmonaire: la plèvre pulmonaire restait seule et servait de paroi pour maintenir le pus dans sa cavité. (On voit cela dans la pièce.)

En résumé, presque tout le lobe supérieur du poumon droit, ainsi que le tissu cellulaire interlobulaire, est tombé en suppuration ; il ne reste plus du poumon que quelques lamelles minces qui en forment la partie la plus excentrique, etc. (Thiry.)

N° 196. — *Hépatisation pulmonaire grise, et pseudo-membrane pleurétique.*

Historique. — Jean Vandenbruggen, jardinier, âgé de 48 ans, constitution athlétique, tempérament sanguin, n'a jamais été malade, ni souffert de palpitations ni de dyspnée. Depuis trois mois et demi, il est sujet à des accès de fièvre erratique, sans douleur ni autre dérangement dans ses fonctions.

Depuis trois semaines, œdème des extrémités inférieures. A son entrée, le 27 décembre 1838, face bouffie ; œdème très-prononcé aux jambes ; hydrothorax abondant à droite ; pas de dérangement notable des viscères abdominaux ou thoraciques ; Vandenbruggen n'accuse pas la moindre oppression ; fièvre continue ; bruit de souffle à la région précordiale, accompagné de symptômes physiques d'hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur.

Le 19 janvier 1839, Vandenbruggen a été saisi, vers le milieu de la nuit, d'un point du côté droit violent, avec tous les symptômes d'une pleurésie suraiguë, à laquelle il succomba le lendemain dans la soirée.

Nécroscopie. — Hépatisation grise de tout le poumon droit et pleurésie avec épanchement ; poumon gauche, normal ; hypertrophie du ventricule gauche du cœur ; induration et épaississement des valvules mitrales ; aucune autre lésion importante.

Description de la pièce pathologique. — Tranche de la base du lobe inférieur du poumon droit. (Simonart.)

HÉPATITE.

N° 164. — *Hépatite chronique.*

Historique. — Marie Maréchal, âgée de 53 ans, ménagère, bilioso-sanguine, toujours bien portante jusqu'à cinq ans avant son admission à l'hôpital le 3 avril 1838.

Symptômes d'hépatite chronique (dernière période).

Description de la pièce pathologique. — Ramollissement; décoloration; couleur brunâtre, par plaques, du foie; tubercules miliaires; épaississement; opacité de la séreuse hépatique. (V. Pourcelet.)

HERNIES.

N° 176. — *Épiplocèle ancien, devenu irréductible.*

Historique. — Daniel Vanhighem, âgé de 68 ans, ouvrier dans une fabrique, demeurant à Anderlecht, sanguin, robuste, nous rapporte qu'il n'avait jamais été malade jusqu'en 1838, trois mois avant son entrée à l'hôpital; qu'à cette époque, à la suite d'une immersion prolongée des pieds dans l'eau froide, il éprouva une douleur fixe au côté gauche de la poitrine, que, du doigt, il nous indique s'être constamment fait sentir lancinante, au niveau de la partie antérieure des dixième et onzième côtes, dyspnée progressive; toux; expectoration rare; fièvre. A dater du troisième jour, trois saignées, plusieurs applications de sangsues, la diète, le repos furent prescrits et exécutés. Nonobstant, persistance de la douleur; exaspération de la dyspnée; toux; expectoration; amaigrissement; exacerbations nocturnes; pas d'infiltration. L'appétit persiste; les digestions sont bonnes; les urines d'abord rares et foncées deviennent claires, abondantes; jamais ni hématurie, ni dysurie, ni douleur lombaire, ni abdominale. Depuis plusieurs années, il porte un hydrocèle gauche compliqué de hernie inguinale irréductible et qu'il n'a jamais maintenue.

A son entrée, le 10 octobre 1838 : face bouffie, pâle, d'un jaune-paille, légèrement nuancé; sclérotique à fond bleuâtre et clair; douleur lancinante, vive, continue, exacerbante, à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen des 9e et 10e côtes gauches, augmentant par la pression et les mouvements violents, empêchant le décubitus latéral gauche, siégeant, dit le malade, dans les os et non dans les parties profondes; toux rare, saccadée par quintes pénibles et douloureuses; expectoration peu abondante, muqueuse, jamais sanguinolente; les deux côtes douloureuses sont de 3 lignes au moins plus saillantes que les autres, plus arquées, évidemment gonflées au point que les espaces intercostaux correspondants sont presque effacés, dans l'étendue d'un pouce et demi; le thorax y offre la même dimension des deux côtés; matité large à la région du cœur, à la partie inférieure gauche en arrière, matité jusqu'au niveau de la 9e côte; ailleurs sonoréité

normale. En arrière au niveau de la matité, absence de bruit respiratoire; pas d'égophonie: ailleurs, bruit respiratoire obscur, mêlé çà et là de râle muqueux et chantant; battements du cœur tumultueux s'entendant dans toute la moitié du thorax, etc., légèrement à droite; ventre dur, tendu, météorisé, indolore, ne laissant au toucher aucune sensation d'engorgement; hernie inguinale droite irréductible; hydrocèle avec kyste irrégulier; amaigrissement profond; faiblesse prononcée; appétit et digestion comme en santé, dit-il; soif peu vive; selles naturelles, quotidiennes; urines claires, abondantes, sans sédiment; peau sèche, râpeuse, brûlante; pouls petit, à 110 pulsations.

Le 29 octobre, gonflement costal en apparence diminué, douleur fixe, moins vive, aux côtés; vive, lancinante, augmentant par la pression, aux lombes, à gauche surtout, où existe un empâtement marqué, douleur qui cause l'insomnie depuis deux jours; fièvre ardente; fluctuation ascitique; œdème des extrémités inférieures.

Le 2 novembre, douleur des reins presque nulle, vive dans tout le côté gauche du thorax; matité très-étendue; urines ammoniacales, parfois sédimenteuses.

La cachexie cancéreuse s'établit de plus en plus; Vanhighem s'éteint le 11 novembre 1858, après une longue agonie.

Nécroscopie. — Outre les altérations décrites aux nos 41, 41 bis, 171, 172, 175, 189, voyez t. 5, p. 185.

Foie bouffi; teint jaune-paille; œdème peu prononcé des extrémités inférieures; sérosité limpide abondante dans les plèvres et dans la cavité du péritoine; œdème très-prononcé aux lombes qui font peu de saillie; légère injection du tube intestinal; au sommet du poumon droit, quelques tubercules crus disséminés, miliaires; engorgement hypostatique à la base; congestion vive des bronches, qui sont recouvertes d'un mucus verdâtre, visqueux, abondant.

Quatre onces environ de sérosité citrine dans le péricarde, dont le feuillet viscéral contient quelques plaques laiteuses.

La vessie contenait ℥vj environ d'urine jaune-claire, avec sédiment pulvérulent, blanchâtre, mêlé de quelques flocons; sa muqueuse offre çà et là quelques arborisations violacées.

(Le sang était abondant, noirâtre, coagulé, dans les cavités droites du cœur.)

Description de la pièce pathologique. — *Épiploon hernié,* et une portion de celui qui le continue dans l'abdomen (grand épiploon), dur, fortement épaissi, aréolé, d'un blanc-mat; couvert de nombreux appendices graisseux, large au fond du sac; étroit au niveau du collet, où il est lisse, nacré; une portion du colon transverse y est jointe.

(Simonart.)

N° 191. — *Tumeur épiploïque faisant partie d'une entéro-épiplocèle crurale gauche étranglée.*

Historique. — Madame Marichal, âgée de près de 80 ans, assez bien

conservée, portait, depuis quinze à vingt ans, une tumeur dans l'aîne gauche; elle n'y fit point attention; le 22 novembre 1838, symptômes d'étranglement intestinal; le 23, même état; le médecin appelé constate l'existence d'une hernie assez volumineuse. La herniotomie est pratiquée le 26; l'opération est longue, laborieuse, soufferte avec courage et résignation.

Les suites de l'opération furent très-heureuses; la plaie était presque cicatrisée; toutes les fonctions digestives étaient à l'état physiologique, lorsqu'elle succomba trois semaines plus tard à la péritonite.

Description de la pièce pathologique. — Cet épiploon, dur, épaissi, induré, hypertrophié fut trouvé en pratiquant l'herniotomie, et excisé par M. A. Uytterhoeven; le sac herniaire était bilobé, mais de telle sorte, qu'il semblait exister en même temps deux hernies, l'une plus grosse, formée par l'intestin, l'autre plus petite, quoique de la grosseur d'un œuf de poule, formée par la tumeur ici conservée et par des flocons de tissu cellulaire graisseux. (V. Pourcelet.)

HYDROCÈLES.

N° 133. — *Hydrocèle.*

Historique.—Recueillie sur un phthisique, qui la portait depuis longues années; la ponction en avait été pratiquée un grand nombre de fois; elle le fut encore quinze jours avant sa mort; jamais elle n'avait été suivie d'inflammation.

Elle est parsemée de taches jaunâtres. (Simonart).

N° 134. — *Hydrocèle droite.*

Historique. — Recueillie sur un homme atteint d'affection organique du cœur, et qui succomba à une gastro-méningo-céphalite.

Description de la pièce pathologique. — La tumeur est ouverte par sa partie antérieure et parsemée de taches jaunâtres; elle datait de grand nombre d'années. (V. Pourcelet.)

N° 135. — *Hydrocèle gauche.*

Historique. — Trouvée chez Augustin Joseph Yseux, qui succomba à une attaque d'apoplexie. Cet homme, pléthorique, âgé de 56 ans, sellier, la portait depuis treize ans.

Description de la pièce pathologique. — Ouverte longitudinalement par sa partie antérieure; bride fibreuse se fixant d'un côté au testicule, de l'autre au fond de la tunique vaginale.

Commencement d'hydrocèle du côté droit.

(V. Pourcelet.)

HYDROCÉPHALE.

N° 290. — *Hydrocéphale, squelette naturel, tête d'un volume énorme.*

Ce squelette fut préparé par M. F. Dethy qui remplissait les fonctions d'interne *ad interim.*

(J. Bougard.)

HYPOSPADIAS.

N° 128. — *Hypospadias.*

Trouvé chez un phthisique de 35 ans environ, dont la femme a eu plusieurs enfants. (V. Pourcelet.)

INDURATIONS.

N° 158. — *Induration du foie. Épaississement de la séreuse.*

Historique.—Barbe Veyenberg, âgée de 25 ans, servante, lymphatique, bonne constitution, entrée le 23 octobre 1837, avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde dont l'invasion datait de cinq jours. Décubitus dorsal; prostration; pétéchies; vomissements verdâtres; diarrhée; ballonnement du ventre; sensibilité exquise et gargouillement à la fosse iliaque droite; paroxysmes dans la journée; délire nocturne, etc.; plus tard, adynamie, et mort le 31 octobre 1837. (V. Pourcelet.)

N° 221. — *Indurations partielles du poumon gauche, lobe inférieur.*

Trouvées sur le sujet du n° 220, v. t. 7, p. 96.

Description de la pièce pathologique. — Lobe inférieur du poumon gauche contenant trois indurations de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule. Après les avoir incisées longitudinalement et leur avoir ainsi reconnu une dureté assez prononcée, leur coupe présente un aspect lisse, poli, d'un brun-noirâtre, assez semblable à la couleur d'une rate hypérémiée; la pression n'en fait sortir aucun liquide; en la râclant avec le manche du scalpel, on en détache une matière semblable à de la lie-de-vin; le tissu pulmonaire environnant n'est nullement altéré; on ne reconnait point d'enveloppe spéciale à ces indurations. (V. Pourcelet.)

INFILTRATIONS.

N° 108. — *Infiltration tuberculeuse d'une portion du rein gauche.*

Trouvée sur le sujet du n° 20, t. v, p. 195.

Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur la manière dont s'exécutaient les fonctions urinaires. (SIMONART.)

N° 208. — *Infiltration purulente des reins, simulant des tubercules rénaux.*

Historique. — Rencontrée chez Marie Slagmoder, lavandière, âgée de 49 ans, chétive, lymphatique, qui était en démence, et qui succomba à la suite de ramollissement cérébral; quelque temps avant sa mort, elle s'était plaint d'une douleur lombaire, sans autre symptôme qui pût nous faire soupçonner une maladie des reins. (SIMONART.)

INVAGINATIONS.

N° 233. — *Invagination du tiers inférieur de l'iléon, du cœcum, des colons ascendant et transverse et des tiers supérieur et moyen du colon descendant dans le tiers inférieur de ce dernier, le mésocolon et le rectum.*

Historique. — Abelle Marie, âgée de 43 ans, dentelière, née à Bruxelles, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution détériorée, entra à l'hôpital St-Jean, le 7 mars 1839.

Il y a huit jours, cette femme, après un violent accès de colère, se rendit au lieu d'aisance, et là elle s'aperçut; après qu'elle eut rendu quelques excréments, qu'une tumeur était sortie de l'anus; elle s'empressa de la refouler dans la cavité du rectum; mais à dater de cette époque cette tumeur franchissait toujours l'orifice anal, chaque fois qu'elle faisait, n'importe quel effort, et alors il ne lui fut plus possible d'aller à la selle, et cette constipation demeura permanente; des douleurs sourdes se manifestèrent dans le dos, accompagnées de douleurs plus aiguës dans le ventre. Des nausées, des vomissements se déclarèrent à plusieurs reprises; enfin la malade devint agitée, ne goûta plus aucun repos; l'appétit se perdit, et elle fut tourmentée par une soif assez ardente : cependant avant cela, cette femme n'avait jamais ressenti aucune incommodité; toujours ses fonctions s'étaient exécutées régulièrement : elle avait eu dix couches, toutes avaient été heureuses; approchant de l'âge critique, l'écoulement menstruel était seulement moins abondant. La seule chose dont elle se plaignait antérieurement, c'était d'une gêne habituelle pour aller à la selle : à son entrée à l'hôpital, nous trouvâmes : relâchement du sphincter anal, écou-

lement, par cette partie, d'un liquide floconneux, ayant une odeur d'une fétidité particulière. Les bords de l'orifice anal écartés, on voit apparaître une tumeur ovoïde, de la grosseur d'un œuf de dinde, d'une couleur foncée, molle, dépressible; elle semble vouloir franchir l'orifice anal, chaque fois que la malade fait une forte inspiration : le toucher fait reconnaître une tumeur plus grosse que celle que l'œil faisait présumer; cette tumeur remplissait la cavité du petit bassin; elle était irrégulière, multilobée, couverte de petits sillons ou enfoncements semblables à ceux qui parcourent l'intestin : molle à sa partie inférieure, elle était dure quand on la sentait dans le petit bassin; on la circonscrivait assez bien à sa partie inférieure, car elle était libre de toute adhérence, mais en s'élevant, le doigt ne pouvait rencontrer l'endroit de son origine, quoique l'état de relâchement, dans lequel se trouvaient les parties, permît d'atteindre jusqu'à l'articulation sacro-vertébrale. Ses organes génitaux étaient sains et laissaient sentir cette tumeur. Le diagnostic fut : *Invagination du gros intestin dans le rectum avec ce dernier.* Pendant quelques jours, il ne se manifesta que des symptômes peu intenses; mais bientôt les symptômes d'étranglement interne apparurent, et la malade succomba le 17 mars 1839.

Pour traitement on eut recours à la réduction que l'on crut obtenir, mais que l'on n'obtint pas, aux antiphlogistiques, aux embrocations avec l'huile de ricin, aux lavements émollients et à la diète.

Nécroscopie.—Outre l'altération qui forme cette pièce, nous trouvâmes à l'autopsie : phlogose suraiguë du péritoine, épanchement dans sa cavité d'un liquide citrin dans lequel surnageait un grand nombre de flocons albumineux; adhérence entre les intestins et le péritoine, ainsi qu'entre diverses anses intestinales; ces adhérences sont formées par de fausses membranes. Entre diverses anses intestinales superposées, petits foyers purulents. Suppuration de plusieurs ganglions mésentériques. Phlogose de la muqueuse gastro-intestinale. Les poumons présentent le premier degré de la *pneumonite.* Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

N. B. M. Duwez a dessiné cette pièce, telle qu'elle était sur le cadavre.

Description de la pièce pathologique. — La pièce est formée des parties désignées ci-contre.

Les parties invaginantes, formées par le rectum, le mésocolon et le tiers inférieur du colon descendant, ayant présenté une trop grande longueur pour la conservation de la pièce, je me suis vu forcé de retrancher le rectum et une partie du mésocolon, les parties restantes suffisant pour représenter la portion invaginale. Cette partie de la pièce présentait immédiatement au-dessous du collet de l'invagination, deux perforations juxtaposées, séparées seulement par une bride très-étroite; toutes les membranes se trouvaient dans un relâchement complet; la muqueuse était fortement ramollie; cette partie ne contenait aucune substance stercorale dans sa cavité; il n'y avait absolument que la tumeur résultant des intestins invaginés, et une assez grande quantité de mucus provenant d'une supersécrétion de la muqueuse. La tumeur que formaient les intestins invaginés et désignés ci-contre, ne présentait aucune adhérence avec les parties qui la contenaient; l'invagination des intestins n'était pas unique, mais ils étaient invaginés simultanément les uns dans les autres; plusieurs perforations se ren-

contraient le long de cette tumeur qui était fortement congestionnée. La coloration qu'elle avait est encore assez bien conservée.

(Thiry.)

N° 267. — *Invagination intestinale. Gangrène.*

Historique. — Anne Marie Jacobs, âgée de 43 ans, lavandière, tempérament bilioso-sanguin, n'ayant jamais été malade, entre à l'hôpital le 2 janvier 1840.

Il y a trois jours, après avoir travaillé une grande partie de la journée dans l'humidité, elle éprouva un violent frisson ; claquement des dents ; douleur atroce dans le ventre, ayant son siége à la région épigastrique; vomissements nombreux précipités (les matières qui les composaient étaient pour les premiers, un mélange d'aliments, de mucosités et de bile, puis de bile pure); éructation d'une amertume insupportable, fatiguant beaucoup la malade; perte d'appétit; soif vive ; urines rares, colorées.

A son entrée, cette femme se présente en poussant des cris de douleur, la face décomposée exprimant la souffrance; le tronc courbé en avant sans pouvoir le redresser ; elle accuse une douleur atroce dans le ventre ; les vomissements bilieux continuent; le ventre est souple, non ballonné ; constipation ; gargouillements intestinaux ; langue pâle, large, humide ; tiraillements douloureux dans le dos ; crampes dans les mollets; la peau n'est point chaude ; pouls petit, fréquent (110).

Prescription : Saignée de 12 onces ; huit sangsues à l'épigastre.

Le 3 janvier, aucun changement notable. Les vomissements persistent, de même que la constipation.

Même traitement que la veille.

Le 4, même état, même traitement; bain tiède.

Le 8, insomnie continuelle; face hippocratique; les vomissements continuent; les extrémités inférieures sont froides; pouls très-petit (120). — Mort.

Description de la pièce pathologique. — Dans le flanc gauche, une partie du jéjunum légèrement contournée sur elle-même, et l'extrémité de celui-ci s'invaginant dans l'extrémité inférieure; un bourrelet assez serré et formé par la partie inférieure du jéjunum inférieur distendu par les gaz, l'étreignait étroitement.

La membrane séreuse, dans cet endroit, était rouge, enflammée ; en incisant la partie d'intestin invaginant, nous-mîmes à nu la portion invaginée. Une matière d'un gris sale, d'une odeur fétide, l'environnait de toutes parts, et recouvrait la muqueuse de deux portions d'intestin. Cette muqueuse était d'un rouge-livide, et présentait de nombreuses ulcérations. La portion d'intestin invaginée, large d'un pied environ, d'une couleur non livide, d'un rouge extrêmement foncé, présentait des rides nombreuses et transversales; l'extrémité libre de cette tumeur présentait un appendice long d'un pouce et demi, frangé à ses bords, et contenant, dans l'épaisseur de sa tunique, de petits corps durs, arrondis, ayant beaucoup de ressemblance, sous ce rapport, avec les ganglions mésentériques. Cet appendice, comme ajouté

à l'extrémité libre de cette invagination, offrait par rapport à sa structure, la plus grande analogie avec la membrane muqueuse intestinale, dont elle ne paraissait être que la continuation.

Le mésentère, à la naissance de l'invagination, est fortement tendu, rouge, et s'engage, conjointement avec le jéjunum, dans le bout inférieur en entraînant avec lui plusieurs ganglions mésentériques que nous trouvons dans l'appendice décrit.

L'estomac était phlogosé de même que le reste de la masse intestinale.

Le foie était volumineux. (H. Henriette.)

JAMBE.

N° 293. — *Modèle en plâtre d'une jambe présentant une grande difformité, suite de fracture non consolidée.*

Historique. — Janssens Théodore, âgé de 28 ans, cultivateur, s'est fracturé la jambe gauche, il y a environ dix-huit mois, vers l'union du tiers moyen avec l'inférieur, il marcha avant la consolidation parfaite, le cal céda et la jambe fléchit en dehors.

Le pied et la jambe, jusqu'au tiers supérieur, sont moulés.

(J. Bougard.)

KYSTES.

N° 101. — *Kyste péritonéal énorme* (partie dure).

Historique. — Trouvé chez une femme de 55 ans, lymphatico-sanguine, mère de plusieurs enfants, non réglée depuis sept ans; il y a cinq ans, elle fut prise de douleurs abdominales, siégeant surtout à l'utérus et les reins, avec tous les symptômes de métrite; les douleurs n'ont jamais été bien vives, mais fréquentes, sourdes et souvent prolongées; jamais elle n'a eu de vomissements; c'est depuis trois ans qu'elle a remarqué que son ventre se développait; depuis un an ses extrémités ont commencé à s'œdématier; elle n'a suivi aucun traitement.

A son entrée à l'hôpital, en octobre 1857, son ventre contient une collection énorme, il est insensible à la pression; elle nous rapporte, en outre, qu'elle est aveugle depuis dix ans, qu'elle a été atteinte depuis son enfance de maux d'yeux, et qu'elle perdit l'œil gauche à l'âge de 20 ans; depuis l'œil droit est resté constamment rouge, douloureux, jusques il y a six ans, qu'elle est devenue complétement aveugle. — L'œil gauche est affaissé, raccorni, profondément enfoncé dans l'orbite; l'œil droit est très-saillant; derrière la pupille, le cristallin resplendissant, comme nacré.

Elle succombe dans le marasme en novembre suivant.

Nécroscopie. — Les organes génitaux, les reins, les voies digestives n'offrent pas d'altération notable.

Le cœur, les poumons, l'encéphale sont sains.

Description de la pièce pathologique. — Le péritoine était converti en deux immenses kystes à parois épaisses, dures, jaunâtres, recouvertes d'une grande quantité d'autres kystes, gélatineux, de forme irrégulière, plus ou moins développés. Le fluide ascitique était brunâtre, sirupeux, inodore, en quantité de 27 litres. (SIMONART.)

N° 102. — *Kystes séreux du rein.*

Historique. — N'ont jamais développé de symptômes pendant la vie; les fonctions urinaires se sont toujours exécutées physiologiquement.

Description de la pièce pathologique.—Leur enveloppe est séreuse, ils contiennent de la sérosité blanchâtre et sont peu développés.

(V. POURCELET.)

N° 104. — *Kyste rénal vaste.*

Historique. — Georges Denis, âgé de 70 ans, bien conservé, entre à l'hôpital, en octobre 1837, atteint, depuis plusieurs mois, de manie chronique, convalescent d'arthrite rhumatismale, qui l'a retenu chez lui, pendant quatre ans. Jamais avant cette époque, il n'avait éprouvé de maladie grave.

Il succombe le 26 novembre suivant, à la suite de pleuro-pneumonite, qui passa rapidement à l'état d'hépatisation grise. Jamais, du reste, il n'avait accusé de symptôme qui pût faire croire à une lésion des organes rénaux.

Il occupe le rein droit, qui était dévié en dehors et en bas.

(Le reste du système urinaire n'offrait pas d'altération notable.)

(SIMONART.)

N° 109. — *Kystes séreux du rein gauche.*

Historique. — Trouvés chez un jeune phthisique, qui n'avait pas offert de symptôme qui pût faire croire à une lésion des organes urinaires.

Le rein droit offrait également quelques petits kystes séreux.

(SIMONART.)

N° 125. — *Kyste ovarique, qui contenait des cheveux agglomérés dans la matière caséeuse jaunâtre.*

Historique. — Une vieille femme de 70 ans, est admise à l'hôpital en septembre 1838, présentant des symptômes de gastro-entérite chronique. Elle succombe dans le marasme peu de jours après.

Nécroscopie. — Outre les altérations décrites ci-contre, une arborisation assez vive de tout le tube digestif, sans ramollissement, ni ulcérations.

N. B. Cette femme était veuve, et mère de plusieurs enfants. Sa maladie datait de plus de trois ans, à ce que nous rapporta un de ses fils.

Description de la pièce pathologique. — Matrice, presque atrophiée.

L'ovaire droit est converti en un vaste kyste, à parois dures, épaisses, fibreuses, recouvertes, à leur partie interne, d'une couche de matière caséeuse blanchâtre; ce kyste est globuleux, renferme des concrétions de matière caséeuse jaunâtre, arrondies et présentant des touffes de poils minces, blonds, assez longs et agglomérés. Entre ces concrétions, une matière jaunâtre, liquide, d'odeur fade, nauséabonde, mêlée de matière caséeuse.

L'ovaire gauche est dur, aplati, peu développé.— Trompes à l'état sain.

Le vagin n'est le siége d'aucune sécrétion.

(SIMONART.)

N° 154. — *Kyste gélatineux du foie.*

L'historique manque. (SIMONART.)

LUXATION.

N° 288. — *Luxation congéniale de la rotule droite.*

Historique. — Hauwaerts Pétronille, âgée de 50 ans, entra à l'hôpital le 7 décembre 1840, portant une tumeur blanche au genou gauche, avec présomption de tubercules pulmonaires à l'état de crudité. On fit l'ouverture d'énormes abcès développés autour de l'articulation malade; on mit en question l'amputation, et les raisons pour le rejet furent plus nombreuses; elle était dans le marasme; elle expira le 21 janvier 1841.

Description de la pièce pathologique. — Le genou droit présentait une luxation congéniale de la rotule, elle était en dehors, les surfaces articulaires existaient comme dans l'état normal, mais le condyle fémoral externe est plus relevé que l'interne; l'interne présente des inégalités, enfoncements et éminences; la rotule ne touche au condyle externe qu'en dehors.

(BOUGARD.)

MÉTRITE.

N° 116. — *Métrite chronique. Exsudations putrilagineuses.*

Historique. — Marie Philippine Clément, lavandière, âgée de 44 ans, entrée le 30 mars, morte le 7 avril 1838.

Mère d'un grand nombre d'enfants, elle a toujours joui d'une santé florissante.

Accouchement naturel et spontané, il y a trois semaines, métrorrhagie. Trois jours après, nouvelle hémorrhagie, symptômes de métrite.

A son entrée, face pâle, décolorée, bouffie; œdème des extrémités; état général anémique; symptômes de métrite; pertes utérines blanchâtres et fétides, abondantes; pouls petit, filiforme; peau froide; bruit de souffle du cœur.

N. B. Rien à l'autopsie n'explique ce bruit.

Description de la pièce pathologique. — Utérus de la grosseur du poing d'un adulte; son tissu est blanchâtre, ramolli, fortement strié, il s'en écoule à la pression un liquide séro-albumineux; sa membrane interne ramollie, décolorée, est recouverte d'exsudations putrilagineuses qui paraissent être des débris placentaires; elles sont rougeâtres, faciles à déchirer, d'une odeur très-fétide; on y remarque des ouvertures béantes qui sont, sans doute, celles des vaisseaux placentaires.

(V. Pourcelet.)

NÉPHRITE.

N° 214. — *Néphrite chronique. Incrustations graveleuses.*

(*Voir* n° 215 pour l'historique.)

Description de la pièce pathologique.— Reins ramollis, brunâtres, allongés; la substance tubulée, en deux points, incrustée de concrétions pierreuses, miliaires, d'un gris-noirâtre, en couche mince.

(Simonart.)

OSSIFICATION.

N° 308. — *Ossification d'un ovaire.*

Historique.—Lebeau (Thérèse), âgée de 72 ans, célibataire, marchande de fruits, née et domiciliée à Bruxelles, entra à l'hôpital St-Jean, le 13 mars 1841, dans un état de congestion cérébrale très-prononcée. Après avoir subi plusieurs saignées, elle recouvrit une partie de ses facultés, mais les mouvements restèrent lents, l'intelligence faible, la parole embarrassée, la sensibilité obtuse, et elle fut prise d'une somnolence continuelle qui ne fit qu'augmenter jusqu'à sa mort qui arriva le 15 avril suivant.

Description de la pièce pathologique. — Cette ossification de forme irrégulièrement globulaire, à surface extérieure bosselée et hérissée de pointes osseuses, n'a plus rien, ni de la forme ni de la structure de l'ovaire, dont elle occupait la place, située dans le bassin qu'elle remplissait en partie, enveloppée de péritoine, elle adhérait au corps de la matrice par un petit cordon, partie osseux, partie fibreux. Un trait de scie à travers cette dégénérescence, fait voir qu'elle est formée d'une coque osseuse d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur, et d'une cavité divisée en compartiments irréguliers par des cloisons fibreuses, très-coriaces. La coque osseuse est tapissée, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, d'une membrane fibreuse, mince dans les endroits ossifiés, mais acquérant d'autant plus d'épaisseur, que la

substance osseuse en a moins, jusqu'à constituer toute celle de la coque dans les petits et rares intervalles non ossifiés. La cavité renferme un liquide laiteux (2 à 3 onces) tenant en suspension une grande quantité de petites paillettes, d'un blanc-nacré, que l'on reconnaît au microscope pour du sel à forme prismatique, et qui n'est pas attaqué par les acides nitrique et sulfurique. Ce liquide que l'on filtre pour en recueillir le sel, est conservé dans un flacon bien bouché; mais au bout de quelques jours, il se corrompt, et d'inodore, il devient extrêmement fétide. L'analyse chimique n'en a pas été faite.

La matrice n'avait subi aucune altération. L'ovaire gauche était intact. Les autres organes du bassin n'étaient ni comprimés ni déplacés.

La forme globuleuse de la tumeur, sa structure, le liquide qu'elle renfermait, etc., font croire qu'elle est le résultat de l'ossification d'un vaste kyste qui avait envahi une grande partie de l'ovaire droit.

Pour toute altération, le cerveau ne présentait qu'une congestion très-faible. (Hip. Rossignol.)

OSTÉO-SARCOMES.

N° 258. — *Ostéo-sarcôme du maxillaire inférieur.*

Historique.— Duvivier Louis, âgé de 59 ans, entra à l'hôpital St-Jean, le 22 juin 1839, atteint d'ostéo-sarcôme du maxillaire inférieur, branche horizontale gauche. Gonflement considérable; suppuration sanieuse, d'une fétidité caractéristique; douleurs lancinantes; les tissus environnants sont lardacés et ulcérés; teint jaune-paille. L'ulcération et la suppuration augmentèrent incessamment; l'os fut mis à nu dans une étendue d'un pouce; il suppura et s'amincit de plus en plus. L'amaigrissement devint progressivement plus rapide, et il succomba le 19 septembre 1839.

Autopsie.—Les glandes sous-maxillaires et parotides sont squirrheuses; l'ulcération des parties molles présente une lage surface de deux pouces de large environ; le maxillaire présente une solution de continuité et une perte de substance d'un pouce.

Description de la pièce pathologique.—La branche gauche du maxillaire inférieur présente, vers l'union du tiers moyen avec le postérieur, une solution de continuité avec perte de substance d'un pouce environ.

(J. Bougard.)

N° 291. — *Ostéo-sarcôme du péroné gauche.*

Cette pièce fut donnée par M. Henriette, interne à la Maternité.

On n'a pu se procurer l'historique de la maladie.

Description de la pièce pathologique. — Le péroné présente, inférieurement, un volume triple de son état naturel, il va en diminuant jusqu'à son extrémité supérieure, en présentant des espèces d'arborisations le long de ses faces. (J. Bougard.)

PAROTIDE.

N° 148. — *Parotide infiltrée de matière tuberculeuse.*

Historique. — François Donneux, de Tournay, employé dans une fabrique de savon, âgé de 62 ans, petite stature, constitution assez robuste, tempérament lymphatico-sanguin, cheveux châtains, très-irrascible, adonné aux excès de boissons, des spiritueux surtout, fut traité, en octobre 1837, au service de chirurgie, d'une ophthalmie avec ulcération de la cornée, et d'un engorgement ganglionnaire scrofuleux du col; il sortit au bout d'un mois, conservant une ulcération superficielle de la cornée, et un engorgement des ganglions cervicaux gauches, dur, peu douloureux, avec rougeur de la peau; pendant son séjour, *il manifesta un appétit insatiable; les fonctions digestives et cérébrales s'accomplissaient avec la plus grande régularité.* Admis au service de médecine, le 9 août 1838, il nous rapporte que depuis sa sortie, il s'est bien porté jusqu'en mai 1838; qu'avant cette époque, il n'avait jamais été malade; que vers le mois de mai, l'appétit a commencé à se perdre; soif plus vive; *constipation prolongée*; gonflement du ventre; urines foncées; *pas de vomissements, ni de nausées;* céphalalgie gravative, fréquente, qui est devenue presque continue; étourdissements; insomnies prolongées; somnolence; vertiges; bourdonnements; éblouissements; vision très-bonne, quoique l'ulcère de la cornée soit cicatrisé depuis quatre mois; la dureté de l'ouïe, dont il est frappé depuis sa carrière militaire (il y a 30 ans), a considérablement augmenté; il n'a, dit-il, jamais éprouvé de fièvre. Aucun traitement n'a été suivi. Depuis trois mois, les tumeurs du col ont fait des progrès rapides.

A son entrée : amaigrissement profond; nuance jaune-paille de toute l'habitude extérieure; anorexie; soif vive; langue sèche, chargée d'un enduit muqueux abondant, rapports fréquents, amers; légère douleur, depuis huit jours, au creux épigastrique, lancinante, augmentant par la pression; météorisme et dureté du ventre; on n'y distingue aucune tumeur malgré l'exploration la plus attentive; constipation depuis dix jours; urines foncées, brûlantes; faiblesse musculaire très-prononcée; — céphalalgie gravative et les autres symptômes cérébraux énoncés, persistent avec plus d'intensité; pupilles dilatées; — ganglions cervicaux gauches, largement engorgés, durs comme une planche, douloureux, surtout à la pression; peau correspondante amincie, rouge-brunâtre, légèrement fébrile; pouls à 100, petit, inégal. Un lavement provoque une selle abondante, naturelle. Un traitement antiphlogistique modéré est mis en usage. Le 1er septembre, pas de douleur de ventre, ni de tête; appétit marqué (il digère la demi-portion grasse); léger météorisme et dureté du ventre; constipation; vertiges; étourdissements; pas de fièvre; ramollissement scrofuleux des ganglions du col. Bientôt, le teint jaune-paille se prononce de plus en plus; dureté plus prononcée et fluctuation ascitique du ventre; marasme; œdème des extrémités. Donneux succombe le 12 octobre 1838, après une agonie prolongée, et sans avoir accusé depuis longtemps de douleurs abdominales.

Nécroscopie. — Outre les altérations décrites : vaste ramollissement et transformation caséeuse, grisâtre des ganglions cervicaux ; congestion veineuse vive des méninges ; sérosité abondante dans les ventricules ; pâleur de l'encéphale ; adhérences pleurétiques anciennes ; pas de lésion notable aux poumons ; deux livres de sérosité citrine dans la cavité du péritoine ; — duodénum, légèrement injecté ; le reste du tube digestif n'offre pas d'altération appréciable ; sa partie inférieure contient une grande quantité de matières fécales dures, jaunâtres ; pas d'altération aux ganglions mésentériques.

Description de la pièce pathologique. — Parotide gauche, infiltrée en plusieurs portions de son parenchyme de noyaux blanchâtres, mous, caséeux.

Avant d'être conservée dans l'alcool, cette pièce a dû être plongée dans une solution saturée de sublimé corrosif. (SIMONART.)

PERFORATIONS.

N° 58. — *Large perforation de l'estomac, obturée par le pancréas.*

Historique. — Marie Charels, lavandière, âgée de 52 ans, demeurant à Bruxelles, entrée le 11 octobre 1838, succombe peu d'instants après, à un vomissement de sang, dont elle a été atteinte la première fois, le jour même, dans l'après-midi. On nous rapporte que cette malheureuse, souffrait du ventre depuis plus de quatre ans, qu'elle vomissait fréquemment et maigrissait à vue d'œil ; son teint était d'un jaune-pâle ; depuis longtemps elle n'était plus réglée ; elle n'a cessé d'aller travailler jusqu'au jour de sa mort.

A l'autopsie, 48 heures après la mort, nous remarquons un amaigrissement général très-prononcé, une pâleur marquée de toute l'habitude extérieure, un large développement du ventre, la lésion décrite ci-contre, la *rate* dure, double de son volume normal.

Les autres organes n'offrent pas de lésion notable.

Description de la pièce pathologique. — *Estomac*, de capacité ordinaire, renfermant un vaste caillot de sang noir, du poids de deux livres au moins, nageant au milieu d'une petite quantité de liquide ; à la partie latérale gauche et un peu antérieure de la grande courbure, une ulcération, large d'une demi-couronne environ, à bords durs, perpendiculairement coupés, squirrheux, obturés complétement par le pancréas adhérent à ses bords, dur, épaissi, non lardacé ; au centre de l'ulcération, se remarquent deux artères béantes, dont l'une peut admettre le calibre d'une plume de corbeau ; la partie du pancréas qui sert d'obturateur, est égale, polie, recouverte d'une membrane comme fibreuse. — La muqueuse stomacale, du reste, offre des arborisations brunâtres très-prononcées, sans ramollissement, ni ulcération. (SIMONART.)

(*La suite à un prochain cahier.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

—

DE L'ACIDE HIPPURIQUE ET DE SES RÉACTIFS.

Dans un mémoire que j'ai présenté, dans le mois de janvier dernier, à la Société médico-chirurgicale, j'ai signalé, pour la première fois, le changement remarquable que subit, pendant son passage à travers les reins, une certaine quantité d'acide benzoïque ou d'un autre sel benzoïque, quelconque, soluble introduit dans l'estomac. On trouvera que les urines, lâchées pendant les deux premières heures après l'introduction d'un tel sel, s'évaluant ordinairement à 5 ou 6 onces, déposent peu à peu un précipité copieux de beaux cristaux, d'une couleur rouge-foncée. Ceux-là examinés au moyen d'un microscope, présentent la forme d'un prisme à quatre pans, terminé par un sommet dièdre. Or, c'est précisément le caractère des cristaux d'un acide, propre aux urines du cheval, de la vache et d'autres animaux herbivores, auquel *Liebig* a assigné, par cette raison-là, le nom d'acide hippurique.

Par ce changement singulier d'éléments qui ne peut s'opérer que par la chimie vitale, nous avons remplacé un produit organique, à savoir l'acide urique, composé de huit atomes d'acide azotique et de dix d'acide carbonique, par un autre, l'acide hippurique qui ne contient pas moins de dix-huit atomes d'acide carbonique et seulement deux d'acide azotique. En poussant un pas plus loin l'examen ci-indiqué, on se convaincra qu'on ne saurait découvrir aucune trace d'acide urique, ni de l'un et de l'autre de ses sels dans les urines dont il est question. En effet, cet acide a été tout à fait surpassé par l'autre acide.

Une circonstance importante, jointe à cet examen et intéressant beaucoup les médecins praticiens, c'est celle que les sels que forme ce nouvel acide avec les bases rencontrées ordinairement dans les fluides animaux, comme : la soude, l'ammoniaque et la potasse, sont tous d'une très-grande solubilité. C'est ainsi que l'hippurate de soude demande environ deux parties d'eau de 66° de Fahrenheit pour sa dissolution, tandis que la même quantité d'urate de soude, qui constitue, comme il est bien connu, les concrétions goutteuses de pierres calcaires, est regardée comme étant presque aussi insoluble que l'acide urique. On a besoin de 4,000 parties d'eau pour en dissoudre une seule. L'hippurate d'ammoniaque encore n'est qu'un peu moins soluble que l'hippurate de soude, tandis que de l'urate d'ammoniaque il ne se dissout qu'une partie dans 300 parties d'eau. Une partie d'hippurate de chaux, le

moins soluble de ces sels que j'ai examinés, demande 13 parties d'eau pour être dissoute.

L'application du principe cité plus haut, a produit des bienfaits matériels dans le traitement de certaines conditions morbides de l'urine, que l'on rencontre chez les individus souffrant d'une diathèse calculaire ou goutteuse, puisque, d'un côté, cette application rend apte le praticien à obvier entièrement aux différents dépôts résultant d'un excès d'acide urique, lequel constitue la source fertile de la maladie la plus désolante, à savoir de l'atonie de la vessie. D'un autre côté, elle met le médecin à même de contrôler et de prévenir la formation des soi-disant concrétions tophacées ou des pierres calcaires qui occasionnent tant d'inconvénients et tant de difformités et de douleurs aux individus affectés de la goutte.

En employant judicieusement l'acide benzoïque, ou dans des circonstances particulières un sel benzoïque, c'est-à-dire en proportionnant la dose à l'état de la sécrétion rénale, constaté le mieux possible par l'analyse, nous pouvons remplir l'indication désirée avec une précision infaillible et encore, comme il a été démontré dans le mémoire précité, sans le moindre danger d'affecter la santé générale ou d'irriter les organes urinaires.

Il va sans dire que ce plan de traitement ne doit nullement exclure l'adoption d'autres mesures médicales convenables. Il faut, par exemple, faire observer certaines règles diététiques qu'il est du reste inutile de mentionner ici. Il serait de même superflu d'occuper le temps des lecteurs, en énumérant les détails de plusieurs cas de maladies, dont quelques-uns sont venus à ma connaissance corroborer les assertions énoncées ci-dessus.

Comme l'acide benzoïque, quoiqu'on l'ait administré à l'état liquide, pourrait irriter la gorge, et comme il faut une grande quantité d'eau pour le dissoudre, il sera préférable de le donner mêlé à du phosphate ou à du biborate de soude, puisque ces substances en augmentent la solubilité sans détruire ses effets spécifiques. Ainsi, quatre parties du premier de ces sels, ou une partie et demie du dernier, mettront à même une quantité comparativement petite d'eau distillée de dissoudre une partie d'acide benzoïque. On ne rencontre pas cette même difficulté en employant le benzoate d'ammoniaque ou de potasse.

Le phosphate de soude ne sert pas seulement à tenir en dissolution l'acide benzoïque, mais encore l'acide hippurique, et c'est ce qui constitue un point de quelque conséquence, vu qu'un excès quelconque de ce dernier acide, se trouvant accidentellement dans les urines, restera dissout au moyen du phosphate neutre de soude, ou du triple phosphate de soude et d'ammoniaque, à savoir le sel microcosmique qui existe naturellement dans cette sécrétion. Ces phosphates produisent d'ailleurs un effet fort différent sur l'acide urique, puisqu'ils le convertissent promptement en urate de soude en privant le sel de la moitié de sa base et en le transformant en conséquence en biphosphate.

Ce fait, qui lui-même s'est présenté récemment dans le cours de quelques expériences et qui jusqu'ici n'a été noté par aucune autorité chimique, fournit, me semble-t-il, une explication simple et rationelle de la manière dont se forme l'urate de soude qui constitue la base des pierres calcaires. Il s'ensuit qu'il doit survenir un excès d'urate de soude dans le cas où le procès exsudant des reins se fait avec une énergie telle qu'il fournit

d'un côté une surabondance de phosphates solubles et de l'autre d'acide urique.

(*Alexandre Ure*. Voir : Pharmaceutical transactions. July 1, 1841, et *Forbes*, the british and foreign medical review or quarterly journal, etc. N° XXV, january, 1842. London, John Churchill, p. 263.)

.....N.

VARIÉTÉS.

INSTRUCTIONS POUR L'OBSERVATION DES PHÉNOMÈNES PÉRIODIQUES.

Pendant que la terre parcourt son orbite annuelle, il se développe à sa surface une série de phénomènes que le retour périodique des saisons ramène régulièrement dans le même ordre. Ces phénomènes, pris individuellement, ont occupé les observateurs de tous les temps; mais on a généralement négligé de les étudier dans leur ensemble, et de chercher à saisir les lois de dépendance et de corrélation qui existent entre eux (1). Les phases

(1) Il est peu de naturalistes sans doute qui n'aient recueilli des observations sur les phénomènes périodiques; mais la plupart de leurs travaux, entrepris isolément, seraient à peu près sans utilité pour le but que nous nous proposons d'atteindre. Les divers *calendriers* et *horloges* de Flore ont été formés d'après des travaux locaux ou qui, faits à des époques différentes et sous des circonstances tout à fait dissemblables, ne pouvaient être comparés entre eux ni présenter ce degré d'exactitude qu'on est en droit de demander aujourd'hui aux sciences d'observation. Le célèbre Linné sentait toute l'utilité qu'on pouvait retirer de recherches simultanées sur le *calendrier* de Flore, et il était d'avis que, si l'on en faisait en différents pays, leur comparaison serait suivie d'avantages aussi nouveaux qu'imprévus. Or, c'est cette idée du célèbre naturaliste suédois que nous voudrions voir réaliser. Les États-Unis d'Amérique semblent être le pays qui a le plus fixé son attention sur un système pareil d'observations simultanées : les rapports annuels des régents de l'Université des États de New-Yorck, imprimés à Albany, contiennent habituellement les observations d'une trentaine de places sur la floraison et la fructification de quelques plantes, sur les passages d'oiseaux voyageurs et sur d'autres époques naturelles.

On conçoit qu'il serait impossible de citer ici tous les travaux de ce genre qui ont été entrepris antérieurement; ceux mêmes exécutés en Belgique par M. Kickx,

de l'existence du moindre puceron, du plus chétif insecte sont liées aux phases de l'existence de la plante qui le nourrit; cette plante elle-même, dans son développement successif, est en quelque sorte le produit de toutes les modifications antérieures du sol et de l'atmosphère. Ce serait une étude bien intéressante que celle qui embrasserait à la fois tous les phénomènes périodiques, soit *diurnes* soit *annuels;* elle formerait, à elle seule, une science aussi étendue qu'instructive.

C'est surtout par la *simultanéité* d'observations faites sur un grand nombre de points, que ces recherches peuvent prendre un haut degré d'importance. Une seule plante étudiée avec soin, nous présenterait déjà les renseignements les plus intéressants. On pourrait tracer à la surface du globe les lignes *synchroniques* pour sa feuillaison, sa floraison, sa fructification, etc. Le lilas, par exemple, *Syringa vulgaris*, fleurit dans les environs de Bruxelles le 5 mai; l'on peut concevoir à la surface de la terre une ligne sur laquelle la floraison de cet arbuste se fait à la même époque, comme aussi des lignes pour lesquelles la floraison est avancée ou retardée de dix, vingt ou trente jours. Ces lignes alors seront-elles équidistantes? auront-elles des analogies avec les lignes isothermes? quelles seront les dépendances qui existeront entre elles (1)? d'une autre part, les lignes *isanthésiques* ou de floraison simultanée auront-elles un parallélisme avec les lignes relatives à la feuillaison, ou à d'autres phases bien prononcées dans le développement de l'individu? On conçoit, par exemple, que pendant que le lilas commence à fleurir à Bruxelles le 5 mai, il existe encore une série de lieux vers le nord où cet arbuste pousse seulement ses feuilles, or la ligne qui passe par ces lieux a-t-elle des rapports avec la ligne *isanthésique* qui correspond à la même époque. On peut se demander encore si les lieux pour lesquels la feuillaison a lieu le même jour, auront aussi la floraison et la fructification le même jour : on voit déjà, en s'en tenant aux données même les plus simples, combien de rapprochements curieux peuvent être déduits d'un système d'observations simultanées, établi sur une grande échelle. Les phénomènes relatifs au règne animal, ceux particulièrement qui concernent les migrations des oiseaux voyageurs, n'offriraient pas des résultats moins remarquables.

Les phénomènes périodiques peuvent être partagés en deux grandes classes : les uns appartiennent aux sciences physiques et naturelles; les autres sont plutôt du domaine de la statistique et concernent l'homme vivant au milieu de l'état social; car la société elle-même, avec ses tendances à se soustraire le plus possible aux lois naturelles, n'a pu échapper à cette périodicité qui nous occupe.

Ces derniers phénomènes eux-mêmes se divisent en plusieurs classes, et leur étude présuppose une connaissance assez approfondie des phénomènes

père, pour 1811 (*Flora Bruxellensis*) et par MM. Pollaert et Dekin (*Almanach du département de la Dyle*, an XII), ou ceux de nos correspondants habituels, M. le baron d'Hombres Firmas (*Recueil de mémoires et observations*, etc. Nismes, 1838), M. Th. Forster (*the perennial calendar*. London, 1824.), etc.

(1) Des exemples de recherches analogues ont été donnés par MM. De Humboldt, Schouw, etc., en ce qui concerne les lignes limites pour la culture de la vigne, des oliviers, etc., dans leurs rapports avec les lignes isothermes.

météorologiques dont ils dépendent principalement. Aussi n'est-ce pas sans raison que la météorologie a dû prendre l'initiative et commencer cette série de recherches continues, auxquelles devront désormais se livrer les observateurs qui aspirent réellement à suivre la nature dans toutes ses lois d'organisation et de développement.

Cependant la météorologie, malgré ses travaux persévérants, n'a pu reconnaître jusqu'à présent que l'état moyen des différents éléments scientifiques, relatifs à l'atmosphère, et les limites dans lesquelles ces éléments peuvent varier en raison des climats et des saisons. Il faut qu'elle-même continue sa marche parallèlement avec l'étude qu'il s'agit de faire; et que pour diriger nos jugements sur les résultats observés, elle nous montre à chaque pas, si les influences atmosphériques sont à l'état normal, ou bien si elles manifestent des anomalies.

Le désir de me livrer, sur une échelle un peu étendue, à l'étude des phénomènes périodiques, m'avait porté à prier plusieurs savants nationaux et étrangers, de m'aider de leurs lumières et de leurs observations (1). L'accueil favorable qui a été fait à mes demandes, m'a permis de croire que je ne m'étais pas trompé sur l'importance des recherches projetées; je vis même qu'il serait possible de comparer ainsi notre climat à ceux des pays voisins, par des observations directes et simultanées, et d'obtenir pour la Belgique en particulier, des documents précieux qui nous manquent encore.

Cependant pour procéder d'une manière utile, il faut avant tout observer d'après un même plan, et ce n'est pas sans raison que les savants auxquels je m'adressai, demandèrent généralement des instructions sur les objets à observer et sur la marche à suivre dans les observations pour les rendre *comparables,* qualité essentielle pour le but qu'il s'agissait d'atteindre. C'est pour satisfaire à ces demandes qu'ont été rédigées les instructions suivantes, en grande partie d'après les indications qu'ont bien voulu me donner MM. Cantraine, de Selys-Longchamps, Dumortier, Kickx, Martens, Morren, Spring, Wesmael, etc.

Il est une remarque à faire et qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est qu'il convient de s'entendre sur certaines observations qui devront être faites de préférence, et essentiellement porter sur les mêmes points scientifiques dans les différents pays où l'on observera. Le champ à explorer est si immense que, si l'on n'adopte quelques points de ralliement, les différents observateurs courront grand risque de ne pas se rencontrer et de travailler à peu près en pure perte. Ainsi, quand nous indiquerons quelques plantes ou quelques animaux qu'il conviendra plus spécialement d'observer, nous ne méconnaîtrons pas pour cela l'utilité d'observations qui porteraient sur

(1) Les observations sur la floraison ont été commencées en 1839, dans le jardin de l'Observatoire royal de Bruxelles. Les résultats obtenus en 1839 et 1840 ont été imprimés à la suite des observations sur la météorologie et sur le magnétisme et les températures de la terre en 1840, dans le t. XIV des *Mémoires de l'Académie royale.* En 1841, ont commencé les observations simultanées auxquelles ont pris part MM. Kickx, Cantraine, Donkelaer, Martens, Morren, V. Deville, de Selys-Longchamps, B. Dubus, Robyns, le docteur Gastone, etc.

d'autres espèces ; mais ce sera pour nous assurer des points de comparaison ou de repère, autour desquels les autres observations viendront se coordonner sans peine. L'appel que nous faisons ne sera probablement entendu que par des observateurs isolés, et il est impossible qu'ils fassent marcher de front toutes les demandes que nous faisons sur les phénomènes périodiques ; mais s'ils désirent se livrer à des travaux de détail que nous nous bornerons à indiquer, ils sauront au moins quels sont les points d'où ils doivent partir pour rester en dedans du système généralement adopté.

Météorologie et physique du globe.

Pour ceux qui désirent faire une étude approfondie de la météorologie et de la physique du globe, et d'apprécier soigneusement tous les changements périodiques que présentent ces deux branches de nos connaissances, ils devront nécessairement recourir au rapport spécial qui a été publié sur cet objet par un comité de la Société royale de Londres (1). Mais les observations demandées sont si nombreuses et si fatiguantes ; elles exigent le concours de tant de personnes, qu'il n'a guère été possible de trouver plus de quatre à cinq observatoires en Europe où on les exécute dans toute leur étendue. Il s'agit en effet d'observer, de deux en deux heures, nuit et jour ; et même, à une époque déterminée de chaque mois, d'observer les instruments magnétiques d'une manière continue pendant vingt-quatre heures (2). Heureusement pour notre plan, des observations aussi pénibles ne sont pas nécessaires en ce qui concerne les sciences naturelles ; notre but, en effet, est de porter notre attention bien plus sur les variations *annuelles* que sur les variations *diurnes*, qui pourront à leur tour former l'objet d'études spéciales et simultanées.

L'appel que nous faisons ici, s'adressant surtout aux naturalistes, nous avons dû restreindre nos demandes, aux recherches qui ont des rapports directs et essentiels avec les modifications que présentent les trois règnes sous l'influence des saisons, et ne pas fatiguer les observateurs par trop d'exigence.

Le *thermomètre* doit être mis en première ligne parmi les instruments à consulter ; et il conviendrait de déterminer simultanément les températures de l'air et de la terre.

Le thermomètre, exposé à l'air, à quelques pieds au-dessus du sol, doit être placé au nord et à l'ombre, de manière à ne pas être influencé par la reverbération des murs voisins. Il suffirait de prendre, chaque jour, son indication à une heure fixe ; 9 heures du matin serait l'instant préférable. Il

(1) *Report of the committee of physics, including meteorology, etc.*, in-8°. Londres, chez John Taylor, 1840. On consultera aussi avec fruit les instructions rédigées par l'Académie royale des Sciences de Paris, pour différents voyages et particulièrement celles que M. Arago a insérées dans l'*Annuaire du bureau des longitudes* pour 1836.

(2) Ces observations se font depuis 1841, à l'Observatoire royal de Bruxelles.

faudrait en outre constater, chaque jour, son *maximum* et son *minimum*, au moyen d'un thermomètre destiné à cet usage.

La température de la terre, dans les couches surtout où plongent les racines des arbres, mérite une attention spéciale. Il serait très-intéressant de suivre chaque jour la marche de trois ou quatre thermomètres dont les boules seraient équidistantes en ligne verticale; la boule du premier serait immédiatement au-dessous de la surface du sol, et celle du dernier à une profondeur de six à huit décimètres. On construit, pour ces observations, des thermomètres spéciaux dont les échelles s'élèvent au-dessus de la surface de la terre, et dont les boules ont une capacité assez grande par rapport à la capacité du tube. Il convient de placer ces instruments dans une terre semblable à celle où croissent les plantes que l'on observe, et qui présente une surface unie et abritée de l'action directe du soleil. Il serait du reste intéressant d'observer, comme on le fait dans le jardin de l'Observatoire de Bruxelles, deux séries de thermomètres, l'une à l'ombre et l'autre en plein soleil. L'heure de l'observation serait, comme pour le thermomètre exposé à l'air, 9 heures du matin.

Le *baromètre* doit aussi être observé au moins une fois par jour et à une heure fixe. L'on aura soin de suivre ses excursions *maxima* et *minima*; chaque observation du baromètre doit être accompagnée de l'indication du thermomètre de l'instrument.

L'*hygromètre* donne encore des renseignements utiles; mais on le remplacera avantageusement par le *psychromètre* moins sujet à se déranger, et dont les indications sont plus sûres.

On n'insiste pas sur les précautions à prendre dans les observations précédentes ; on ne peut que renvoyer pour cet objet aux traités ordinaires de physique.

La force et la direction des *vents* seront enregistrées soigneusement ; de même que l'*état du ciel*. Pour indiquer le degré de sérénité, on pourra employer une fraction décimale, en convenant de représenter un ciel parfaitement serein par l'*unité* et un ciel entièrement couvert par *zéro*. D'après cette notation, les états intermédiaires seront exprimés en *dixièmes*.

Les quantités d'*eau* tombées par suite de pluie , de grêle ou de neige , seront recueillies à l'aide d'udomètres soit immédiatement après la chute , soit à termes fixes et de 24 en 24 heures.

On annotera les jours d'orage, de brouillard , etc. Quant à l'état des nuages, on emploiera avantageusement la notation d'Howard.

Pour les personnes qui pourront donner une attention plus grande aux phénomènes physiques , nous recommanderons les observations de l'électricité de l'air, du magnétisme terrestre, des étoiles filantes , des aurores boréales , des tremblements de terre ; celles des températures des sources, des plantes et des animaux, ainsi que l'analyse des eaux et de l'air. Mais ce dernier travail s'exécute déjà sous les auspices de M. Dumas, et l'on est en droit d'attendre les résultats les plus avantageux de travaux dirigés par un chimiste aussi exercé. L'appréciation de la quantité de lumière et de chaleur rayonnée par le soleil, aux différentes époques de l'année et aux différents instants du jour, a peu occupé les physiciens , et mérite encore leur attention. Enfin, pour les observateurs placés sur les bords de la mer, les

heures et les hauteurs des marées formeront aussi l'objet d'études intéressantes.

Règne végétal.

Les observations relatives au règne animal peuvent être envisagées sous deux points de vue, suivant qu'elles s'appliquent à la période annuelle, ou bien à la période diurne des plantes. La période annuelle est l'espace de temps compris entre deux retours successifs des feuilles, des fleurs et des fruits; la période diurne ramène l'heure du jour où s'accomplit l'épanouissement de certaines espèces de fleurs; car, de même que toutes les plantes ont des époques fixes pour leur feuillaison et leur floraison, de même certaines espèces de plantes s'épanouissent et se ferment à certaines heures du jour, et toujours aux mêmes heures dans la même localité. Les résultats que présentent ces phénomènes sont donc du plus haut intérêt, non-seulement pour la météorologie, mais encore pour la géographie botanique.

Dans l'étude de ces phénomènes, le but principal que l'on doit se proposer, c'est de rendre les observations comparatives, afin que les résultats qu'elles présentent sur un point donné, puissent être mis en regard de ceux des autres contrées. C'est pour atteindre ce but qu'ont été tracées les instructions suivantes.

1° OBSERVATIONS POUR LA PÉRIODE ANNUELLE.

Le premier soin dans ces observations, est d'écarter indistinctement toutes les plantes annuelles : en effet, ces plantes lèvent à des époques souvent très-différentes, suivant le temps où elles sont semées, en sorte que les indications qu'elles fourniraient ne sauraient être comparatives.

Cette considération doit aussi faire écarter les plantes bisannuelles, attendu que les individus qui lèvent tardivement et vers l'automne, sont nécessairement en retard sur ceux qui lèvent au printemps. Nous n'admettons d'exception qu'en faveur des céréales d'automne, telles que le seigle et le froment d'hiver qui se sèment toujours vers la même époque et dont les phénomènes de floraison constituent la base indispensable des observations quotidiennes, puisqu'elles se rapportent aux plantes de la plus grande culture.

D'après ce qui précède, les plantes soumises aux observations devront être vivaces ou ligneuses. Ces dernières surtout sont importantes parce qu'elles sont mieux soumises à la double combinaison des modifications atmosphériques et terrestres, et que, d'une part, elles prêtent mieux que les plantes vivaces aux observations relatives à la feuillaison.

Il importe que les plantes destinées à l'observation quotidienne soient plantées depuis un an au moins, car on sait que les végétaux transplantés au printemps présentent trop d'incertitude dans les époques de la feuillaison et de la floraison, ces époques étant alors subordonnées à la formation des racines.

Dans le choix des plantes à observer, il faut éviter de comprendre celles

qui, fleurissant toute l'année, forment leurs boutons avant l'hiver, comme le pissenlit, le mouron des oiseaux (*Alsine media*), le seneçon vulgaire, attendu que ces plantes n'ont aucune époque fixe et que leur floraison au premier printemps n'a rien de régulier.

Il faut également écarter les plantes cultivées qui donnent des variétés par la culture, comme la tulipe de Gesner, le rosier, le poirier, le cérisier, le tilleul à grandes feuilles; l'expérience démontre que, parmi les variétés produites ainsi par le semis, les unes fleurissent souvent quinze jours avant les autres. Pour assurer la valeur comparative de la floraison de ces plantes, il faudrait donc observer partout la même variété, ce qui est souvent impossible.

On devra encore écarter les plantes qui ont des espèces trop voisines et difficiles à bien distinguer, car sans cela les observateurs pourraient soumettre à leurs travaux des espèces différentes, ce qui empêcherait l'opération générale d'être comparative.

Enfin, il faut écarter toutes les fleurs dont la préfloraison ne permettrait pas d'indiquer avec certitude le moment de l'épanouissement. Tels sont le *Calycanthus*, l'*Illecebrum*, etc.

C'est d'après ces considérations qu'a été formé le tableau des pièces signalées pour les observations quotidiennes. Dans la formation de ce tableau, nous avons eu pour but d'obtenir un travail qui puisse servir à la fois à la météorologie, à la botanique et à l'agriculture. A cet effet, nous avons fait en sorte de représenter toutes les familles des plantes européennes, à l'exception de celles qui n'offrent pas de plantes propres à la culture. Nous y avons introduit aussi quelques genres de l'Amérique septentrionale cultivés en Europe, le *Catalpa*, le *Tradescantia*, le *Menispermum*, etc., afin que cette liste puisse être rendue comparative avec celle des observations faites aux États-Unis d'Amérique. Nous avons indiqué de préférence dans chaque famille, les espèces les plus vulgaires et les plus répandues, et parmi elles les espèces dont les fleurs sont les plus grandes et les plus développées. Enfin, nous avons fait en sorte de choisir les fleurs de manière à présenter des espèces qui fleurissent dans tous les mois de l'année.

Parmi ces plantes il en est que nous recommandons plus spécialement à l'attention des observateurs, tels sont : le seigle, le froment, le lilas, le buis, etc., etc.; ces espèces sont portées en caractères italiques.

Il importe d'examiner soigneusement l'époque où le seigle et le froment montrent leur épi, cette donnée étant d'une grande importance pour l'agriculture. Dans le Tournaisis c'est un axiome de culture qu'*on ne voit pas avril se passer sans épis;* il est curieux de déterminer à quelle époque ces céréales montrent leurs épis dans les diverses parties de la Belgique et de l'Europe.

Après avoir exposé les motifs qui ont servi de base à la confection du tableau pour les observations quotidiennes (1), il nous reste à parler de ce qui concerne le travail de l'observateur.

(1) Plusieurs tableaux nous avaient été obligeamment communiqués; M. Dumortier a bien voulu arrêter celui que nous présentons ici, en partant des vues qui viennent d'être indiquées.

Linné, qui le premier comprit tout le parti que l'on pouvait tirer de la météorologie appliquée au règne végétal, avait indiqué quatre termes d'observation, savoir : la feuillaison, la floraison, la fructification et la défeuillaison. D'autres auteurs ont été plus loin ; ils ont multiplié les détails. Cela ne nous paraît ni nécessaire, ni utile, car à force d'entasser détails sur détails, les observations cessent d'être comparatives, ce qui doit être leur caractère principal. Déjà, dans les données de Linné, il en est qui ne sont applicables qu'à un petit nombre de végétaux. Ainsi la feuillaison et la défeuillaison ne peuvent être déterminées que sur les plantes ligneuses. Il nous paraît donc qu'il faut se borner aux quatre données que nous venons d'indiquer, en attachant un soin particulier à la plus importante de toutes, celle qui, seule, pourrait au besoin suffire, la floraison. Nous laissons à chaque observateur le soin d'annoter les particularités qui lui paraîtront dignes de ce soin.

Dans l'ordre des observations, deux modes peuvent être employés, en marquant les plantes d'après leur état sauvage ou bien d'après leur état cultivé. Nous pensons que le premier n'offre pas assez de ressources et est sujet à trop d'incertitude, en ce que l'observateur devrait être astreint à parcourir, chaque jour, des régions très-différentes, et qu'il ne serait jamais sûr de faire une seconde observation sur la plante qui a servi à ses premières annotations. Par cette considération, nous estimons que les observations doivent être faites sur des individus plantés dans un jardin bien aéré. Les plantes ne devront pas être abritrées ni exposées à la muraille du midi. Pour les arbres sylvestres, ils doivent être pris en plein champ, mais non dans les bois qui constituent toujours des abris très-inégaux.

Quant à l'indication des époques, elle doit se faire, pour la feuillaison, lorsque les premières feuilles, et pour la floraison, lorsque les premières fleurs, sont épanouies ; les unes et les autres exigent un *développement complet*. La fructification doit se prendre lors de la déhiscence du péricarpe pour les fruits déhiscents, et c'est le plus grand nombre ; les fruits indéhiscents seront notés lorsqu'ils seront manifestement parvenus à leur maturité. Enfin la défeuillaison doit être inscrite lorsque la chute de la majeure partie des feuilles de l'année est opérée, bien entendu que ce qui concerne les feuilles ne peut s'appliquer qu'aux seuls végétaux ligneux, en excluant en outre les arbres toujours verts dont la défeuillaison est successive.

Aux indications qui précèdent, les observateurs voudront bien joindre celles de tous les phénomènes qu'ils pourraient remarquer comme dignes d'intérêt ; telles sont les modifications qui surviennent dans les odeurs et les couleurs des fleurs ou des feuilles, etc.

2° OBSERVATIONS POUR LA PÉRIODE DIURNE.

Indépendamment des annotations de chaque jour, qui forment le calendrier de flore, il est très-curieux d'enregistrer, dans chaque localité, l'heure où s'épanouissent et se ferment certaines plantes qui sont douées de la faculté de remplir ces fonctions à heure déterminée. Ici, l'on conçoit qu'il

serait trop long de demander un travail de tous les jours ; nous proposons donc de fixer ces observations aux équinoxes et au solstice d'été.

Dans la formation du tableau qui se rapporte à ces plantes, nous ne devons tenir aucun compte des motifs relatifs à la formation du tableau pour les observations des phénomènes annuels. On conçoit en effet, qu'il est assez indifférent que la plante soumise à l'observation horaire, soit annuelle ou non, de pleine terre ou d'orangerie, etc. ; tout ce qu'on doit désirer, c'est que la plante soit saine et exposée au plein air.

Nous recommanderons spécialement le pissenlit, *Leontodon taraxacum* qui, fleurissant toute l'année, fournira matière à de curieuses observations.

TABLEAU DES PLANTES POUR LA PÉRIODE ANNUELLE.

DIV. I. ENDOXYLÆ.

Classis I. — *JULOSEPASÆ.*

Fam.	Coniferæ. . . .	*Abies Larix.*
	Taxineæ. . . .	Taxus baccata.
	Plataneæ. . . .	Platanus occidentalis.
	Betulaceæ . . .	*Alnus glutinosa.*
		Betula alba.
	Salicineæ	*Salix caprœa.*
		— amygdalina.
		Populus alba.
		— fastigiata.
	Quercineæ . . .	Corylus Avellana communis.
		Quercus robur.
		Fagus sylvatica.
		Castanea vesca.
	Juglandineæ . .	Juglans regia.

Cl. 2. — *GYNOSEPALÆ.*

Aristolochieæ . .	Aristolochia clematitis.
	Hocquartia sipho.
Asarineæ . . .	Asarum Europæum.

Cl. 3. — *TOROSEPALÆ.*

Urticaceæ . . .	Morus nigra.
Ulmideæ. . . .	Ulmus campestris.
Chenopodeæ. . .	Anserina bonus henricus.
Polygoneæ . . .	Polygonum bistorta.
Rumicineæ . . .	Rumex scutatus.

Eleagnideæ. . .	Hippophaë rhamnoïdes.
Daphnideæ . . .	*Daphne mezereum.*
	— laureola.

Cl. 4. — *TOROCOROLLÆ.*

Nyctagineæ. . .	Nyctago jalappa.
Labiatæ	Ajuga reptans.
	Salvia officinalis.
	Lamium album.
	Galeobdolon luteum.
	Nepeta cataria.
	Glecoma hederacea.
	Melissa officinalis.
Verbenaceæ. . .	Verbena officinalis.
Acanthideæ. . .	Acanthus mollis.
Bignoniaceæ. . .	Bignonia catalpa.
Rhinanthideæ . .	Anthirrhinum majus.
	Digitalis purpurea.
	Scrophularia nodosa.
	Verbascum thapsus.
Soladineæ . . .	Solanum dulcamara.
	Atropa belladona.
	Physalis alkekengi.
Boragineæ . . .	Omphalodes verna.
	Symphytum officinale.
	Pulmonaria officinalis.
	Echium vulgare.
Convolvulineæ. .	Convolvulus sepium.
Plantagineæ . .	Plantago major.
Polemonideæ . .	Polemonium cæruleum.
Gentianaceæ . .	Gentiana cruciata.
Asclepiadeæ. . .	Cynanchum vincetoxicum.
Apocyneæ. . . .	Vinca minor.
Jasmineæ. . . .	*Lilac vulgaris.*
	Fraxinus excelsior.
	Ligustrum vulgare.
Iliceæ.	Ilex aquifolium.
Primulaceæ. . .	Primula elatior.
	Cyclamen hederæfolium.
Plantagineæ. . .	Statice armeria.
Rhodoraceæ. . .	Rhododendrum hirsutum.
	Kalmia latifolia.
Ericaceæ. . . .	Erica carnea.
	Calluna erica.

Cl. 5. — *GYNOCOROLLÆ.*

Vaccinideæ. . .	Vaccinium myrtillus.
Cucurbitaceæ . .	Bryonia dioïca.
Campanulaceæ. .	Campanula persicifolia.
Compositæ . . .	Hieracium auranciacum.
	Petasites vulgaris.
	Nardosmia fragrans.
	Chrysanthemum leucanthemum.
	Aster grandiflorus.
	Helianthus tuberosus.
	Helenium autumnale.
	Cynara scolymus.
	Echinops sphærocephalus.
Dipsaceæ. . . .	Scabiosa succisa.
Valerianaceæ. .	Centranthus latifolius.
Rubiaceæ. . . .	Rubia tinctorum.
Caprifoliaceæ. .	Lonicera periclymenum.
	Xylosteum dumetorum.
Viburnideæ. . .	Viburnum opulus.
	Sambucus nigra.

Cl. 6. — *GYNOPETALÆ.*

Corneæ.	*Cornus mas.*
	— sanguinea.
Umbellatæ . . .	Astrancia major.
	Archangelica officinalis.
Araliaceæ . . .	Hedera helix.

Cl. 7. — *CALYPETALÆ.*

Crassulaceæ . .	Sedum telephium.
Saxifragaceæ . .	Saxifraga crassifolia.
Myrtineæ . . .	*Philadelphus coronarius.*
Lythrariaceæ . .	Lythrum virgatum.
Onagraceæ . . .	Epilobium spicatum.
Rosaceæ	Crategus oxyacantha.
	Mespilus germanica.
	Pyrus malus (calville d'hiver).
	— — (court-pendu).
	Cydonia vulgaris.
	Rosa centifolia.
	Fragaria vesca.
	Rubus idæus.

	Spiræa hypericifolia.
	Kerria japonica.
Amygdalineæ . .	Amygdalus persica.
	Armeniaca vulgaris.
	Prunus padus.
Leguminosæ . .	Cercis siliquastrum.
	Cassia marylandica.
	Orobus vernus.
	Onobrychis sativa.
	Robinia pseudacacia.
	Trifolium pratense sativum.
	Genista scoparia.
	Cytisus laburnum.
Terebinthineæ. .	Rhus cotinus.
Rhamnideæ . . .	Rhamnus frangula.
Celastrineæ. . .	Evonymus europæus.
	Staphylea pinnata.
Grossulariaceæ. .	*Ribes ribrum.*

Cl. 8. — *TOROPETALÆ.*

Euphorbiaceæ . .	*Buxus sempervirens.*
Rutaceæ.	Ruta graveolens.
	Dictamus fraxinella.
Oxalideæ. . . .	Oxalis stricta.
Geraniaceæ. . .	Geranium pratense.
Linideæ	Linum perenne.
Malvaceæ . . .	Malva sylvestris.
	Hypiscus siriacus.
Tiliaceæ.	Tilia parviflora.
Hypericineæ . .	Hypericum perforatum.
Vitideæ	Vitis vinifera.
Sapindaceæ. . .	Koelrenteria paniculata.
Acerineæ.	Acer campestre.
Malpigiaceæ . .	*Œsculus hippocastanum.*
Stellariaceæ . .	Dianthus caryophyllus.
	Stellaria holostea.
Resedaceæ . . .	Reseda lutea.
Violaceæ. . . .	*Viola odorata.*
Cystineæ. . . .	Heliantemum vulgare.
Ranunculineæ. .	Anemone nemorosa.
	Ranunculus ficaria.
	Helleborus niger.
	— fœtidus.
Magnoliaceæ . .	Magnolia yulan.
Menispermeæ . .	Menispermum canadense.
Berberideæ. . .	Berberis vulgaris.

CRUCIFERÆ . . .	Cheiranthus cheiri.
FUMARIACEÆ.	Capnites digitata.
PAPAVERINEÆ.	Chelidonium majus.
	Papaver orientale.

DIV. II. EXOXYLÆ.

Cl. 9. — *TOROPETALÆ.*

NYMPHÆACEÆ . .	Nuphar luteum.
PARIDEÆ	Paris quadrifolia.
	Trillium grandiflorum.

Cl. 10. — *CALYPETALÆ.*

HYDROCHARIDEÆ. .	Hydrocaris morsus ranæ.
ALISMACEÆ . . .	Alisma plantago.
COMMELINACEÆ. .	Tradescantia virginica.

Cl. 11. — *GYNOPETALÆ.*

ORCHIDEÆ . . .	Orchis latifolia.

Cl. 12. — *GYNOCHLAMIDÆ*

IRIDEÆ.	Iris pumila.
	Gladiosus communis.
	Crocus vernus.
	— sativus.
NARCISSINEÆ. . .	Narcissus pseudonarcissus.
	Galanthus nivalis.

Cl. 13. — *TOROCHLAMIDÆ.*

ASPARAGINEÆ. . .	Convallaria maialis.
LILIACEÆ. . . .	Fritillaria imperialis.
	Lilium candidum.
	Hemerocalis fulva.
COLCHICINEÆ. . .	*Colchicum autumnale.*
VERATRINEÆ. . .	Veratrum nigrum.
JUMCINEÆ. . . .	Juncus glaucus.

Cl. 14. — *ACHNOSPATHÆ.*

GRAMINEÆ. . . .	*Secale cereale.*
	Triticum hybernum.

Cl. 15. — *SPADICATÆ.*

ARIDEÆ . . . . Arum maculatum.

Cl. 16. — *DERMOGINÆ.*

EQUISETINEÆ. . . Equisetum arvense.
— hyemale.

TABLEAU DES OBSERVATIONS HORAIRES POUR LA PÉRIODE DIURNE.

Anagallis rubra.
Arenaria purpurea.
Brugmansia æratocaula.
Calendula africana.
— arvensis.
Campanula speculum.
Cichorium endivia.
Convolvulus tricolor.
Crepis rubra.
Datura stramonium.
Dianthus prolifer.
Hemorocallis fulva.
Lactuca sativa.
Leontodon taraxacum.
Malva helvola.
Mesembryanthemum crystallinum.
Mesembryanthemum coccineum.
— pomeridianum.
Nyctago longiflora.
— jalappa.
Nymphæa alba.
OEnothera biennis.
Ornithogalum umbellatum.
Picridium tingitanum.
Portulaca oleracea sativa.
Sonchus oleraceus.
Trapa natans.
Tigridia pavonia.
Tradescantia virginica.
Tragopogon luteum.
— porrifolius.

Depuis le commencement de 1840, on a joint aux observations météorologiques de l'Observatoire de Prague, celle de la floraison des plantes (1); ces observations, faites par M. R. Fritsch, concernent la floraison considérée sous cinq phases : le commencement de la floraison, la semi-floraison, la pleine floraison, la semi-défloraison, la défloraison. Nous n'avons pas cru devoir entrer dans ces détails pour ce qui concerne le système général des observations.

Pour tenir compte, autant que possible, de l'exposition des plantes, on indique à Prague, par les lettres N, E, S, O, si cette exposition est plus particulièrement au nord, à l'est; au sud ou à l'ouest. Les signes — et + indiquent encore si les plantes croissent à l'ombre ou en plein soleil. On

(1) Les observations magnétiques et météorologiques de Prague se font sur une échelle très-grande, sous la direction de M. Kreil, et méritent à plusieurs égards de servir de modèles en ce genre. Le volume qui vient de paraître comprend les observations de 1839—1840. *Magnetische und meteorologische beobachtungen zu Prag.* 1er Jaergang, in-4o. Prag. 1841.

pourrait adopter une notation semblable; l'absence de signe exprimerait l'état intermédiaire.

Règne animal.

La partie de la science sur laquelle porte notre attention, repose sur le principe physiologique que tout être organique, soit animal, soit plante, a essentiellement besoin de l'air atmosphérique tant pour se développer que pour se conserver la vie, et que son développement ainsi que l'exercice de ses fonctions et de ses habitudes sont arrêtés ou modifiés par les modifications de ce même air atmosphérique. Ainsi l'on observe, que des maladies épidémiques ou endémiques régnent en certaines saisons, en de certaines années; que la progéniture du lièvre commun ne se développe pas toujours également bien, que plusieurs rongeurs pullulent, une année, dans une localité, tandis que, l'an d'après, on y en trouve à peine le nombre normal : le cerf, le chevreuil perdent leurs bois à une époque qui n'est pas invariablement la même chaque année : pour ne citer enfin que quelques autres exemples, faciles à saisir, ne voyons-nous pas la perdrix grise élever avec des succès variés sa nombreuse famille? l'hirondelle, le martinet, le rossignol arriver dans nos contrées et les quitter à une époque plus ou moins reculée de l'année? les chenilles et le hanneton commun nous effrayer quelquefois par leur nombre dans nos plantations? Notre but doit être d'observer le degré de connexion qui existe entre l'animal, la plante et l'air atmosphérique, d'indiquer, par des observations suivies et faites consciencieusement, l'influence que ces êtres éprouvent de la part du milieu dans lequel ils vivent, et de tâcher, par cette voie, d'expliquer d'une manière positive les phénomènes de l'espèce de ceux mentionnés plus haut.

Dans les animaux (à l'état de nature), l'époque de l'accouplement ou saison des amours, celle de la naissance, celle de la mue soit double, soit simple, celle des migrations, celle d'engourdissement et de réveil, celle d'apparition, la rareté ou l'abondance remarquable d'une espèce, sont les points qui doivent être observés et indiqués avec exactitude, conjointement avec les observations météorologiques. Il doit y avoir entre ces deux genres d'observations unité de temps et unité de lieu, conditions indispensables, puisque c'est des données résultant de ces observations que doivent être tirées les conséquences générales.

Chaque observateur formera un tableau de ses observations, et il y indiquera en termes techniques, autant que possible, les animaux qu'il aura observés. C'est le relevé de ces tableaux partiels qui sera le point de départ des inductions ou corollaires servant à fixer quelques lois de la nature. On conçoit donc que ces tableaux doivent être dressés avec la plus grande exactitude. On ne dissimule pas du reste toutes les difficultés qui accompagnent de telles recherches, mais il convient de ne pas perdre de vue que les premiers essais dans toute science sont toujours épineux, surtout quand ils exigent le concours d'un grand nombre de personnes.

Afin de rendre le mode des observations *simultanées* uniforme, nous allons énumérer quelques-uns des principaux points sur lesquels nous

croyons devoir appeler de préférence l'attention des observateurs, en les prévenant que les espèces les plus communes et qui sont représentées dans le plus de contrées, paraissent sous plusieurs rapports devoir inspirer le plus d'intérêt, et que les observations les plus importantes seront celles qui auront été faites à la campagne.

MAMMIFÈRES.

1. Apparition et retraite des chauve-souris;
2. Fréquence ou rareté de quelques insectivores (taupe, *Talpa europæa;* musaraignes, *Sorex;* de quelques rongeurs des genres *Mus* et *Arvicola*);
3. Commencement et fin du sommeil léthargique des Loirs, *Myoxus;*
4. Mue des carnassiers du genre *Mustela*.

REPTILES.

Retraite, réveil et accouplement des Batraciens (grenouilles, rainettes, crapauds, salamandres et tritons).

MOLLUSQUES.

L'époque où les gastéropodes terrestres et fluviatiles quittent leur retraite, les premiers pour venir ramper sur le sol, les seconds pour nager à la surface de l'eau.

Celle où il y a des cas d'empoisonnement par les moules (1).

INSECTES.

Apparition des insectes suivants :

Melolontha vulgaris. (*Hanneton vulgaire*).
Lytta vesicatoria. (*Cantharide officinale*).
Locusta viridissima. (*Sauterelle verte*).
Libellula depressa.
Æschna maculatissima.
Calepteryx virgo.
Ephemera albipennis. (*Éphémère albipenne*).
Pieris cardamines. (*Papillon aurore*).
Bibio hortulanus. (*Bibion précoce*).

Pour la sauterelle verte, il serait bon de marquer la première époque de la stridulation du mâle.

(1) Pour ce qui précède, nous avons suivi les indications de M. le professeur Cantraine.

POISSONS.

1. Indiquer, à des stations situées sur les grandes rivières et fleuves :

L'époque où remontent au printemps les espèces du genre clupe nommées alose, *Clupea alosa* L., et sardine.

De même pour les saumons et les truites, *Salmo salar, Salmo trutta* L.

De même pour les esturgeons, *Acipenser* L.

2. Quant aux poissons qui ne quittent par la mer, observer, dans les ports ou sur les côtes, l'époque où arrivent :

Les premiers harengs, *Clupea harengus* L.

Les premiers maquereaux *Scomber maceranus* L , et quelques autres poissons voyageurs très-communs.

OISEAUX.

Pour ce qui concerne les oiseaux, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire un extrait de la notice que nous avons présentée à la section de zoologie de l'association britannique, dans sa dernière réunion à Plymouth. Cette notice qui a été rédigée par M. de Selys-Longchamps et dont M. Owen a bien voulu faire la traduction, a donné lieu à des remarques très-intéressantes de sa part, ainsi que de celle de MM. Richardson, Couch, Gray et d'autres savants, qui ont fait ressortir l'utilité de pareilles recherches.

« La zoologie et la botanique devaient les premières être interrogées, pour que l'on pût s'assurer, chaque année, jusqu'à quel point les variations dans la constitution météorologique peuvent avancer ou retarder l'apparition de certains animaux ou la floraison et la feuillaison des plantes.

» Les naturalistes belges ont reconnu combien ces observations, avec des dates précises et répétées pendant plusieurs années, rendront plus exactes les moyennes que l'on cherche à indiquer dans les faunes et les flores locales, je dirai plus, dans la faune générale de l'Europe ; car si les zoologistes des diverses régions de cette partie du monde répondent à notre appel, combien ne sera-t-il pas intéressant de pouvoir tracer sur une carte géographique, le voyage annuel des hirondelles, des grues, et de tant d'autres oiseaux voyageurs de long cours, dont chacun de nous ne peut parler que vaguement, faute d'observations comparatives?

» C'est dans le but d'assurer la possibilité de ces comparaisons que je crois utile pour l'ornithologie, d'inviter sérieusement les naturalistes à concentrer leurs observations sur un certain nombre d'espèces qui sont répandues dans toute l'Europe ou à peu près. J'ai cru devoir, pour cette raison, choisir des espèces terrestres de préférence aux aquatiques, parce que leurs migrations s'étendent avec plus de régularité sur toutes les régions et que leur détermination est plus facile, au point que lorsqu'on habite la ville on peut faire faire les observations par de simples chasseurs, tous ces oiseaux ayant un nom vulgaire dans les divers dialectes de l'Europe. Je suis loin de nier l'utilité d'observations semblables sur les migrations des oiseaux d'eau,

mais, je le répète, je crois que, pour les premières années, on aurait peine, faute d'un assez grand nombre de stations, à recueillir des données suffisantes pour en déduire des résultats généraux sur ces espèces qu'on ne trouve régulièrement que dans les grands marais ou sur les côtes maritimes.

» Je propose donc d'étudier, à partir de 1842, la date précise des migrations des 40 espèces suivantes, que l'on peut répartir en quatre sections ;

1° Les oiseaux (comme l'hirondelle et le rossignol) qui viennent passer l'été chez nous et y nicher ;

2° Les oiseaux (comme la grue) qui sont de passage régulier, mais qui ne font que passer sans s'arrêter ;

3° Les oiseaux (comme la corneille grise et le tarin) qui séjournent dans notre pays tout l'hiver et disparaissent dans la belle saison ;

4° Les oiseaux (comme le jaseur et l'oiseau de tempêtes) qui sont de passage accidentel à des époques indéterminées. Je me suis départi des principes mentionnés en indiquant cette dernière classe, mais j'ai cru qu'il serait important de porter l'attention sur deux ou trois espèces dont les causes d'apparition sont inconnues, comme pour le jaseur, ou sont tout à fait en rapport avec l'existence des tempêtes maritimes comme pour la *Procellaria pelagica*.

La première division sera, je pense, composée des mêmes espèces pour toute l'Europe; mais il n'en sera pas ainsi des trois autres : dans telle contrée, en Hollande, par exemple, la cigogne sera de la première division, tandis qu'ailleurs elle appartiendra à la seconde, comme en Belgique. Il en sera de même des troisième et quatrième, selon la latitude plus ou moins septentrionale où seront faites les observations : et ce sont justement ces rectifications qui feront, je l'espère, apprécier l'utilité du travail que nous désirons voir entreprendre dans le plus grand nombre de localités possible. »

OISEAUX CHOISIS POUR LES OBSERVATIONS.

1° Oiseaux qui passent l'été en Belgique.

Cypselus apus.
Hirundo urbica.
» rustica.
» riparia.
Muscicapa griseolat.
Lanius refus.
Oriolus galbula.
Emberiza hortulana.
Motacilla alba.
» flava, *tem.*
Saxicola rubetra.
» ænanthe.
Sylvia tithys.
» phænicurus.
» luscinia.
» atricapilla.
» trochilus.
» hippolais.
» palustris.
Upupa epops.
Cuculus canorus.
Columba turtur.
Perdix coturnix.
Crex pratensis.

2° Oiseaux de passage double et régulier, au printemps et en automne.

Muscicapa ficedula L.	Ciconia alba.
Turdus torquatus.	Grus cinerea.
Charadrius pluvialis.	Scolopax rusticola.

3° Oiseaux qui séjournent tout l'hiver ou une partie de l'hiver en Belgique.

Corvus cornix.	Regulus cristatus.
Fringilla spinus.	Parus ater.
— montifrigilla.	Anser segetum.
Anthus aquaticus.	

4° Oiseaux de passage accidentel.

Bombycilla garrula.	Procellaria pelagica.
Cygnus musicus.	— Leachii (1).

M. de Selys croit devoir insister moins sur la détermination de l'époque des départs dont il reconnaît toute la difficulté ; cependant il conviendrait de faire des exceptions surtout pour les hirondelles.

Aux observations sur les arrivées et les départs des oiseaux, on pourrait joindre encore avec avantage celles que demande M. Cantraine :

Sur l'époque où les corbeaux, les étourneaux, *Sturnus vulgaris* L., se réunissent en troupe ou se divisent par couple ;

Sur l'époque où la pie, *Corvus pica* L., commence son nid ;

Sur l'époque de la mue ;

Sur l'époque où le moineau, *Fringilla domestica* L., se choisit une compagne, époque marquée de scènes orageuses qu'on distingue souvent mieux par l'oreille que par les yeux. Noter aussi l'époque où il commence à construire son nid.

« On doit, comme le fait observer M. Cantraine, indiquer autant que possible, les circonstances locales qui peuvent déterminer une espèce à y prolonger son séjour. Ainsi, l'hirondelle était encore le 9 octobre dernier en immense quantité dans le voisinage des stations du nord et du midi, au

(1) En nous transmettant l'indication de ces observations à faire, M. Selys nous a fait connaître que plusieurs savants ont bien voulu déjà promettre leur appui à ce système d'observations simultanées, et entre autres M. Sundevall, professeur à Stokholm, M. Menetriès, directeur du musée de St-Pétersbourg, M. le professeur Gené de Turin, M. L. Jenyns à Londres, beau-frère de M. le professeur Henslow, qui lui-même a promis sa coopération. Nous avons reçu nous-même des promesses semblables et en particulier de M. Bravais, professeur à la faculté de Lyon, et de M. Colla, directeur de l'Observatoire météorologique de Parme. M. Morren, de son côté, s'est assuré la coopération de plusieurs savants de France et d'Italie, à la suite d'un voyage qu'il a fait dans ces deux pays.

chemin de fer de Bruxelles, tandis que cette espèce avait quitté Gand ve le 17 septembre, et qu'on n'en voyait plus que quelques individus à Atl le 25 du même mois. Ce long séjour ne devrait-il pas être attribué à u température plus élevée, due aux locomotives qui y stationnent, ainsi qu une plus grande abondance de nourriture qui en est la suite, »

Dans tout ce qui précède, il n'a point été parlé des phénomènes périodiqu relatifs à l'homme, parce qu'ils sont en grande partie du domaine de statistique dont nous avons cru ne pas devoir nous occuper ici. L'influen des saisons ne se manifeste pas seulement sur les naissances, les mariages les décès, les maladies et sur tout ce qui se rapporte au physique l'homme, mais encore sur ses qualités morales et intellectuelles. Les ali nations mentales, les crimes, les suicides, les travaux, les relations com merciales, etc., sont loin d'être numériquement les mêmes aux différent époques de l'année. C'est là un champ de recherches immense, qui cert n'offre pas moins d'intérêt que celui sur lequel nous appelons l'attenti des observateurs; mais tous ces travaux sont trop étendus pour qu'on cherche pas à isoler au moins ceux qui peuvent être pris séparément sa préjudice pour la science. Nous avons d'ailleurs la certitude qu'ils occup ront à leur tour des savants spécialement versés dans ce genre d'études (1 en sorte qu'on peut concevoir l'espérance qu'aucune partie des phénom nes périodiques ne demeurera en souffrance faute d'observateurs.

Bruxelles, le 13 janvier 1842.

QUETELET.

N. B. Les personnes qui voudront bien prendre part à ces recherches so priées d'adresser leurs résultats à l'Académie royale, ou à son secrétaire perp tuel, à l'Observatoire royal de Bruxelles.

(1) Nous avons prié plusieurs personnes de s'associer à nous pour ce genre recherches, et quelques-unes ont bien voulu nous promettre leur coopératio MM. Vleminckx, inspecteur-général du service de santé militaire en Belgiqu Sauveur, secrétaire de l'Académie royale de médecine, Ducpétiaux, inspecte général des prisons, Heuschling, secrétaire de la commission centrale de stat tique, Schwann, Burggraeve et Gluge, professeurs d'anatomie et de physio gie, etc.

(*Extrait du Bulletin des séances de l'Académie royale d Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles.*)

HISTOIRE NATURELLE INDIGÈNE.

—

TOXICOGRAPHIE DE QUELQUES POISSONS ET CRUSTACÉS DE LA MER DU NORD ;

Par M. KESTELOOT, membre de l'Académie.

Malgré des recherches très-multipliées, faites par les naturalistes les plus habiles, et parmi lesquels nos compatriotes, les docteurs De Beunie (1) et Du Rondeau (2) figurent avec honneur ; sans oublier notre honorable confrère, le célèbre voyageur, naturaliste, Alex. Moreau de Jonnès (3), il est néanmoins resté très-vrai que l'action délétère ou toxique causée par les animaux comestibles, par exemple, les poissons, les mollusques, crustacés, etc., est entourée de beaucoup d'obscurité (4).

Et en effet, dans l'état actuel des sciences naturelles, on peut se demander sous quelles conditions naît et se développe cette action délétère? quelle est, à cet égard, l'influence des saisons, de la température et de la nourriture; des modifications déterminées par l'époque des amours, du frai, de leur état d'évolution organique ou degré de croissance; du défaut de mouvement habituel, de la privation d'air frais, de l'altération du véhicule ou milieu où ils vivent, des causes telluriques, de l'électricité, de leur propension à la putrescence, des maladies, soit pandémiques, soit sporadiques, auxquelles ils sont sujets ; la disposition organique particulière (*idiosyncrasie*) du consommateur, etc., etc.

Certes, je n'ai pas la prétention de dissiper les incertitudes qui planent sur ce sujet important de bromatologie et de toxicologie indigènes ; j'incline seulement à croire que les circonstances particulières où je me suis trouvé, telles que mon séjour prolongé aux côtes maritimes, les fonctions de médecin des pauvres que j'y ai exercées pendant plusieurs années con-

(1) Voyez les *Mémoires de l'Académie* (ancienne) *de Bruxelles*, tome I, page 229.

(2) Voyez les *Mémoires* (même collection), tome II, p. 313.

(3) *Recherches sur les poissons toxicophores des Indes occidentales*, lues à l'Académie royale des Sciences de France. Paris, 1821, in-8°, de l'imprimerie de Migneret, rue du Dragon, n° 2, 34 p.

(4) Voyez Fr. Tiedeman, *Phys. des Mensch.*, où il est dit : « *Das Fischgift ist eines der rathselhaftesten der ganzen Toxicologie, und bis jetzt haben sich die Chemiker und Physiologen vergebens bemüht die Ursache seiner Wirkung zu erforschen.* » 3ter band, Darmstad, 1836, s. 134, in-8°.

sécutives (1800-1817) ; que ces circonstances, dis-je, peuvent m'avoir mis à même de recueillir des observations propres à faciliter la solution des difficultés susmentionnées, au moins pour notre pays.

Je les présente, ces observations, sous forme de simples notes, que je me propose de publier successivement.

Je me bornerai, pour le moment, à une relation d'empoisonnement déterminé par un crustacé qui abonde sur nos marchés, et se mange à peu près par tout le monde, mais surtout, en quelque abondance, par la classe moyenne et le peuple : je veux parler des chevrettes ou crevettes communes maritimes, *Cancer crangon*, Linn. ; *Crangon vulgaris* de Latreille et La Marck, *Pandalus annulicornis* de Demarest ; en flamand, *Gernaerd, Garneel, Garnaal* (1).

Quelques auteurs admettent, et il est généralement confirmé par l'expérience, que la chair de plusieurs crustacés passe pour posséder des propriétés délétères (2).

Relativement aux chevrettes, j'en ai vu, pour ma part, quelques exemples, tant à Nieuport qu'à Vlaardingen, Scheveningen et ailleurs ; effets qui déterminèrent tantôt des fièvres à type plus ou moins continu (*exanthèmes aigus*), tantôt la plupart des symptômes propres au choléra ; cette dernière forme étant cependant beaucoup plus rare.

J'ai lieu de m'étonner que, d'après des recherches multipliées, il ne m'ait été donné de trouver décrit qu'un seul cas d'action délétère causée par les chevrettes, dans le pays ; c'est celui relaté par le docteur Wyndels (3).

Les chevrettes dont il est question dans cette relation, avaient été préalablement salées et bouillies à Steenwyk, comme de coutume, et de là, transportées à Heerenven ; le plus grand nombre de personnes qui en avaient mangé, éprouvèrent le lendemain des nausées, vomissements violents, diarrhées et des tranchées de ventre ; ces graves accidents se manifestèrent pour la plupart périodiquement, toutes les vingt-quatre heures pendant l'espace de huit jours consécutifs, et le docteur W. ayant soupçonné de l'immixtion de vert-de-gris, ce qui ne s'est pas confirmé, administra les huileux fixes et le lait, mais avec peu de succès.

D'autres cas encore, observés à Hambourg, sont consignés dans les *Rheinische Jahrbücher* du professeur Harles ; je regrette de ne pouvoir consulter cet ouvrage en ce moment.

Comme le docteur Moreau de Saint-Mery, à l'égard d'une espèce de sardine, je suis à même, relativement à nos chevrettes de mer, de citer un fait dont moi-même j'ai été pareillement victime, (*pars magna.*)

Accompagné d'un de nos honorables confrères de l'Académie, je me trouvai à Nieuport, au mois de septembre 1834 ; le soir on nous servit des

(1) Figuré chez Baster, *Natuurk. uitspann.*, II, tab. 3, *fig.* 1.

(2) Cloquet, *Faune*, vol. 3me, *discours pr.*

Je n'ignore point qu'on a accusé un zoophyte, connu sous le nom vulgaire de *daal*, de s'attacher aux chevrettes et de rendre ainsi ces crustacés vénimeux ; mais ces allégations sont loin d'être suffisamment prouvées. J'aurai occasion d'y revenir.

(3) *Keur van verhandelingen*, etc., 3e vol.

chevrettes épluchées, arrangées en salade de laitue à l'huile et au vinaigre; ce fut le seul plat dont j'usai, mais auquel peut-être je fis un peu trop honneur. Quoi qu'il en soit, je n'en ressentis d'abord, ni deux heures après, aucun inconvénient; mais vers quatre heures du matin, je m'éveillai affecté d'une anxiété précordiale très-vive, de céphalalgie intense, de nausées continuelles et de tranchées abdominales; bientôt la fièvre se déclara, accompagnée d'une soif intolérable et je sentis dans l'arrière-bouche le goût du crustacé.

L'après-midi, une éruption cutanée se manifesta, offrant parfaitement tous les caractères de l'*urticaria*, et cette fièvre continua pendant près de cinq jours, avec quelque remittence dans l'après-midi, mais récrudescence fréquente dans la soirée et jusqu'à minuit.

Aussitôt l'éruption urticaire développée, je fus convaincu que l'exanthème aigu suivrait son cours, malgré toutes les médications prônées en tels cas, et par conséquent, je bornai mon plan de curation à la plus stricte diète ainsi qu'aux diluents. La chaleur et le prurit de la peau étant devenus insupportables, je pris journellement avec le plus grand succès, deux et même trois bains d'eau tiède, très-chargée de savon brun ou commun.

Au bout de six jours, la desquammation eut lieu sur plusieurs régions de l'épiderme, la fièvre me quitta, mais il me restait une sentation de faiblesse indéfinissable, répandue par tout le système musculaire, particulièrement dans les extrémités inférieures, lorsque je voulais me mettre ou rester debout; malaise pénible, auquel participaient également les fonctions digestives. Malgré tous les soins et ménagements possibles, cet état valétudinaire a duré plus de cinq semaines, avant que j'entrasse en pleine convalescence.

Certes, ce n'est pas là une indigestion, mais bien une maladie *sui generis :* l'effet d'une action délétère, qui se manifeste par un ensemble de symptômes connus et décrits depuis des siècles.

L'indigestion si fréquemment déterminée par l'usage des poissons et crustacés est due spécialement à deux causes, qui rendent cet aliment très-indigeste, c'est 1° l'état de putrescence; 2° l'albumine trop concentrée par quelque préparation culinaire; accidents qui cèdent facilement aux émétiques et n'entraînent aucune suite sérieuse chez des personnes d'ailleurs bien portantes. Or, voici ce qui donne lieu au cas que je viens de décrire. Le débit des pêcheurs de chevrettes de cette partie du littoral ne s'étend qu'à la seule ville de Nieuport et aux habitations y contiguës. Cette denrée y est, en été surtout, généralement recherchée ; mais par suite de la concurrence que se font les colporteurs, chacun d'eux se trouve obligé de se régler sur le nombre des chalants qu'il a l'habitude d'approvisionner. Si le pêcheur prévoit donc qu'il ne vendra point ce jour là sa marée entière, il n'en fait saler et bouillir qu'autant qu'il lui en faut pour fournir à ses pratiques, et le reste du produit de sa pêche est déposé, en attendant, dans des vases ou des tonneaux qui ne présentent aucune des conditions nécessaires pour conserver les chevrettes en vie. Aussi leur encombrement, l'absence de leur véhicule habituel, l'eau de la mer, la privation d'un air sans cesse renouvelé, ne tardent-ils pas à faire périr ces animaux, et c'est

alors qu'ils acquièrent, soit avant, soit après leur mort, des propriétés délétères.

Ce sont là cependant ces chevrettes que l'on mêle le lendemain à celles qui ont été fraîchement pêchées et nouvellement salées et bouillies. Il ne faut pas chercher ailleurs la cause des propriétés nuisibles de notre crustacé. Est-il salé et bouilli vivant? il sera comestible : est-il au contraire salé et bouilli après sa mort? il sera délétère. Dans le premier cas, il conserve sa couleur rouge-cramoisie, se laisse aisément éplucher, et offre une saveur de saumure agréable : dans le second, il est blanchâtre, mat, se laisse difficilement peler et possède un goût fade et alcalin.

On peut ajouter, en général, que moins il s'écoule d'intervalle entre la pêche, la cuisson et l'usage alimentaire des chevrettes, plus on aura de garanties contre les accidents précités; l'expérience et l'observation en font foi : de là le cri *Al heete gernaers, al heet!* (chevrettes toutes chaudes!) par lequel le vendeur exalte le prix de sa marchandise, et que l'on entend retentir par tout dans nos villes maritimes; de là encore l'habitude, où l'on est sur tout le littoral, de n'acheter des chevrettes qu'après y avoir plongé la main, et avoir constaté que leur couleur n'est point changée.

Lentilius, cité par J.-P. Frank (1), avait déjà fait l'observation que les poissons morts en hiver sous les glaces, par défaut d'air, pêchés, salés et vendus pour la consommation, déterminaient différentes maladies. A Paris il est défendu de vendre des homards morts non cuits ou crus. D'après une ordonnance, portée par le magistrat de Rotterdam, tout poisson de mer, qui a passé la nuit, doit être soumis de nouveau à l'examen des commissaires-priseurs.

Mais outre la mort, c'est un fait généralement connu que certains poissons contractent des maladies dont les caractères échappent rarement à l'œil exercé du pêcheur; c'est ainsi qu'à l'égard du hareng, par exemple, différentes dénominations sont employées pour désigner ces divers états morbides : telles que *yle, kuitzieke, melkzieke, nachtschamele, stank en wand visch;* termes techniques devenus populaires, que je n'ose prendre sur moi de traduire en termes nosologiques modernes.

Les observations analogues que j'ai eu occasion de faire, se rapportent aux moules (*Mytilus edulis*) : ce sont les plus communes; aux huîtres (*Ostrea edulis*); à quelques espèces de *Gadus* et nommément au G. *Æglefinus schelvisch;* à l'alose (*Clupea alosa*), *Elft;* au hareng frais *verschen haering of leevaert* (*Clupea harengus*); au macquereau (*Scomber scomber*), en flamand *maekereel,* etc., ainsi qu'à l'usage de graisse, foie et œufs de poissons de différentes espèces.

Les jeunes *Gadus* ou petits cabillauds, en flamand, *gulle gulletjes,* surtout s'ils n'ont pas été bien et fortement salés, troublent les fonctions digestives; mais ce mal, ou plutôt ce malaise, ne dépasse pas les vingt-quatre heures; ce poisson mou et lymphatique est d'un goût fade, d'une contexture spongieuse; ordinairement à l'époque où on le mange (au mois de septembre), il n'est pas encore parvenu à son état de développement or-

(1) Voyez J.-P. Frank, *Gen. staatsregeling*, vol. 3me, in-8o, page 112, 121 et 134.

ganique ou de croissance parfaite; ce qui doit nous faire remémorer le précepte de l'école de Salerne :

Si pisces sunt molles, magno corpore tolles ;
Si pisces duri, parvi sunt plus valituri.

Lequel précepte, soit dit en passant, nous vient d'Avicenne, la lumière des médecins arabes de son temps, (*Canon cap.* 553) qui recommande : « *Ex piscibus dura carne prœditis eligendi sunt minores, ex molli vero majores ad terminum aliquem.* » Ces données expérimentales remontent même à Galien, traitant des propriétés alimentaires (cap. 29 et 30).

Une question générale: notre littoral offre-t-il des poissons, mollusques, crustacés, absolument vénéneux de leur nature, déterminant constamment des effets délétères dans toutes les occurrences, quelles qu'elles soient, sans exception aucune, comme les offrent tant de climats maritimes? Je dois répondre que je ne puis le croire; je pense que ces animaux sont, comme nous venons de le voir, susceptibles de nuire de différentes manières, eu égard surtout à leur état pathologique ou nature morbide, modifiable d'après une foule de circonstances.

Je n'en excepte qu'un seul, qui paraît borner son action délétère extérieurement à quiconque ose le toucher. C'est un poisson habitant aussi la Mer du Nord, rangé par Cuvier parmi les Percoïdes jugulaires (1).

Il est connu sous le nom vulgaire de *Pukel*, chez les pêcheurs Nieuportois; chez les auteurs, sous la dénomination de *trachinus draco, la vive commune*. Nous nous proposons de revenir sur ce singulier phénomène, dans la suite.

Je n'ai pas eu occasion de le voir jusqu'à présent, je ne prétends pas non plus prendre sur moi de donner l'explication de tous les accidents qu'on lui impute, mais j'ai vu et traité des piqûres qu'il avait faites, offrant des plaies d'un *habitus* insolite, entraînant de graves complications et montrant le caractère éminemment chronique; tout cela indépendamment d'influences quelconques de la constitution organique de l'individu blessé (2).

Pour revenir aux chevrettes, je suis bien éloigné de croire que tous les pêcheurs ou vendeurs de notre crustacé, suivent la manière d'agir de quelques-uns des colporteurs Nieuportois ; je penche même à supposer le contraire, vu la facilité actuelle des communications accélérées directes avec presque toutes les villes du pays; avantages dont ils peuvent tirer bon parti, spécialement à Ostende. Il me semble qu'il ne peut plus exister de raisons plausibles pour y garder des parties ou des restes de pêche de crustacés pour le lendemain, au risque de fournir de la marchandise malsaine.

(1) Voyez Cuvier, *le Règne animal distribué, etc.* Poissons. T. II, Paris, 1829, p. 152. *Hist. natur. des poissons*, t. III, p. 238.

(2) La piqûre de ce poisson ne produit peut-être pas les mêmes accidents dans les pays méridionaux. Notre confrère M. Cantraine en a été piqué trois fois à Naples sans éprouver d'accidents fâcheux.

L'extension progressive de nos chemins de fer ne peut qu'étendre infiniment le commerce de cette denrée; bientôt les habitants de nos villes et villages de l'intérieur, les plus éloignés des côtes, se régaleront de productions de la pêche maritime, qu'ils n'auront peut-être jamais vues auparavant; déjà, dès à présent, la moitié de la population ouvrière du Hainaut mange des moules fraîches. Certes, voilà autant d'encouragements nouveaux, propres à stimuler le zèle et l'activité bien entendus des fournisseurs.

Si nous devons tous désirer vivement, qu'au moment où nos chambres législatives sont saisies d'un projet de loi pour favoriser notre pêche nationale, le Gouvernement ne se borne point uniquement à extirper les abus et préjugés qui ont nui si longtemps et nuisent encore à cette branche importante de notre industrie nationale, ancienne source d'immenses trésors; ne perdons point non plus l'espérance de voir renouveler et perfectionner, exécuter surtout, à l'égard du commerce intérieur de la petite pêche, des règlements d'une police bien entendue, en harmonie parfaite avec l'hygiène publique.

(*Ibidem.*)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 31 *janvier* 1842.

(Présidence de M. Vleminckx).

Présents : MM. Baud, Broeckx, Brogniez, Burggraeve, Carlier, Craninx, De Hemptinne, De Lahaye, De Lavacherie, Demeyer, Fallot, François, Froidmont, Gaudy, Gouzée, Graux, Hairion, Hensmans, Janssens, Lebeau, Lombard, Martens, Michaux, Pasquier, Pétry, Raikem, Sauveur, Seutin, Stas, Tallois, Thiernesse, Van Coetsem, Verbeek, Verheyen, Vleminckx et Vottem.

Après la lecture du procès-verbal de la séance du 27 décembre, M. De Lavacherie demande la parole pour faire observer qu'il ne se souvient nullement que M. De Hemptinne ait prononcé les dernières paroles que ce procès-verbal lui attribue, et que s'il les eût entendues, il se serait fait un devoir de prier ses collègues d'indiquer à la Commission, dont le travail a été soumis à la Compagnie, les changements dont son appareil lui paraît susceptible pour pouvoir être utilisé dans les houillères.

M. De Hemptinne déclare ne point se rappeler les expressions dont il s'est servi, mais que, du reste, le procès-verbal rend bien sa pensée.

M. De Lavacherie demande ensuite, que M. De Hemptinne veuille s'engager à fournir les indications qu'il vient de lui signaler, parce qu'en cas de réponse affirmative de sa part, il demanderait que la Commission mixte qui avait été créée par l'arrêté de M. le gouverneur de la province de Liége, du 14 septembre 1840, fut reconstituée.

M. De Hemptinne répond qu'il ne croit pas pouvoir prendre un pareil engagement, mais qu'il ne se refuserait pas cependant à examiner la question soulevée par son collègue, si toutes les pièces relatives à l'affaire qu'elle concerne lui étaient soumises.

MM. Stas et Pétry se souviennent que M. De Hemptinne a présenté les considérations qui sont consignées au procès-verbal.

M. De Lavacherie déclare ne point insister sur son observation.

Aucun membre ne demandant plus la parole sur l'incident, le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

Communications du gouvernement.

Une lettre de M. le ministre de l'intérieur, du 31 décembre dernier, informe l'Académie qu'elle sera présentée au Roi le premier jour de l'an et qu'elle prendra rang immédiatement après l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres. (Pris pour notification.)

La compagnie reçoit de M. le ministre de l'intérieur :

1° L'arrêté royal du 8 novembre 1841 qui accorde la franchise de port à sa correspondance. (Pris pour notification.)

2° L'arrêté royal du 30 décembre, qui ajoute la disposition suivante à l'art. 12 de ses statuts organiques : « En cas de parité de voix au scrutin de ballottage, le candidat le plus âgé est préféré. » (Pris pour notification.)

3° L'arrêté royal du 13 janvier courant, qui alloue une somme de dix mille francs (fr. 10,000) pour la statue à ériger à *Vésale*.

L'Académie décide qu'une expédition de cet arrêté sera transmise à la Commission du monument.

4° Une requête par laquelle le docteur Devyver, de Vracène, demande au gouvernement de porter une disposition qui interdise aux chirurgiens établis dans les communes rurales de traiter les maladies internes. Cette requête est renvoyée à la Commission chargée de la révision de la législation médicale;

5° Un rapport du docteur Van Meerbeek, de Malines, sur l'état actuel de l'enseignement médical de l'Université de Berlin. Ce rapport sera soumis à la Commission chargée de l'examen du mémoire de ce même médecin, relatif à l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris;

6° Un mémoire de la Commission médicale de la province du Brabant, sur les précautions à prendre dans le curage des fosses d'aisance. Ce travail est renvoyé à la quatrième section;

7° Un volume d'observations médicales, offert à la Compagnie par le docteur Placide Portal, de Palerme. Des remercîments seront adressés à ce médecin.

M. le ministre de l'Intérieur informe l'Académie que les limites du crédit alloué au gouvernement pour les affaires du service de santé, ne lui permettent pas de donner suite à la demande que la Compagnie lui a faite d'acquérir le musée phrénologique de M. A. Barthel. L'Académie charge le bureau de faire de nouvelles démarches auprès de M. le ministre de l'Intérieur pour obtenir l'achat de cette collection.

M. le ministre de l'Intérieur écrit à l'Académie pour lui demander de s'occuper, le plus tôt possible, de l'examen des deux projets de loi sur l'organisation de l'école vétérinaire de l'État et sur l'exercice de la médecine vétérinaire. (Pris pour notification.)

Correspondance.

Lettre de M. Vottem, membre de la Compagnie, transmissive d'un mémoire de M. le docteur Defooz, de Liége, sur la police des inhumations. Ce mémoire a été renvoyé à la Commission chargée de l'examen des propositions à faire au gouvernement sur cette matière.

M. Hubert, professeur d'accouchements à l'Université de Louvain, adresse un relevé statistique sur les principaux points de la science d'accouchement.

Le bureau, vu l'urgence, a envoyé ce mémoire à la troisième section chargée de faire la présentation pour trois places de membres adjoints.

Vloebergs, pharmacien à Schaerbeek, annonce le prochain envoi des recettes d'une nouvelle pommade de Psyllium et de trois préparations ferrugineuses également nouvelles. (Pris pour notification.)

La Compagnie reçoit de M. le docteur Segers, de St-Nicolas, un fongus hématoïde très-volumineux de la glande parotide : cette pièce pathologique sera examinée dans une des prochaines séances ;

De M. le docteur Defooz, un nouveau travail manuscrit sur le rapport de la Commission chargée de l'affaire relative à la police des inhumations, et le relevé de ses observations sur les décès qui ont eu lieu dans les quartiers sud et ouest de la ville de Liége, pendant le dernier trimestre de 1840. Ces communications seront soumises à la Commission chargée de l'examen du premier mémoire de M. Defooz.

Trois docteurs en médecine et deux médecins vétérinaires se portent comme candidats aux places de membres adjoints.

Ouvrages présentés.

Il est fait hommage à l'Académie :

1° par M. le docteur Cunier, de la troisième livraison du tome 6 de ses Annales d'Oculistique ;

2° Par M. le docteur Placide Portal, de Palerme, de l'ouvrage intitulé : Cesmo critico sulle opera medico-chirurgiche scritto dal doctore Cannelo Pugliatti, etc., Palermo, 1819 ;

3° Par l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles, des trois dernières livraisons du tome 8 de ses Bulletins ;

4° Par l'Université catholique de Louvain, de son Annuaire pour l'année 1842 ;

5° Par M. le docteur Lequime, du dixième et onzième cahier des Archives de la médecine belge pour l'année 1841 ; des numéros d'octobre et de novembre des Annales de la médecine belge et étrangère pour la même année ;

6° Par la Société de médecine pratique de Willebroeck, d'un exemplaire de ses Annales pour l'année 1841.

Propositions et communications du bureau.

Tous les médecins et pharmaciens ayant fait partie de la Commission qui avait été chargée naguère de la révision de la pharmacopée, faisant aujourd'hui partie de l'Académie, M. le président propose à l'Assemblée d'inviter ces membres à achever, dans le plus court délai possible, leur travail qui, d'après la déclaration faite par M. De Hemptinne, dans la dernière séance, est près d'être terminé, et à le déposer ensuite pour être soumis à l'examen de la cinquième section qui serait constituée en Commission spéciale, et à laquelle il serait adjoint, s'il y avait lieu, d'autres membres.

M. le président fait remarquer que l'adoption de cette proposition entraî-

nera nécessairement le retrait de celle de M. Martens, au sujet de laquelle il n'a pu être délibéré dans la dernière séance.

La proposition du président est mise aux voix et adoptée.

La Compagnie décide également sur la proposition du bureau, que l'arrêté qui ajoute une nouvelle disposition à l'art. 12 de ses Statuts organiques, ne peut s'appliquer qu'aux élections futures, et que le bénéfice du scrutin de ballotage ouvert à la dernière séance entre les docteurs Fossion et Thirion, est acquis à ces candidats.

M. Fallot demande la parole pour faire remarquer que le mémoire de M. Fossion qui est renvoyé à la première section, a déjà fait l'objet d'un rapport présenté à l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles. Ce membre élève la question de savoir s'il convient que ce même travail soit encore examiné par l'Académie de médecine. Il pense, quant à lui, qu'un second rapport pourrait donner lieu à des inconvénients, s'il arrivait que ses conclusions ne fussent point conformes à celles du premier rapporteur.

Après quelques observations de MM. Thiernesse et Pétry, tendant à démontrer que le travail de M. Fossion n'est pas le même que celui présenté par ce même médecin, à l'Académie des Sciences, l'Académie décide qu'un rapport sera fait sur ce travail.

Elle décide ensuite qu'elle s'occupera des élections avant de passer à l'examen des autres objets qui sont à son ordre du jour.

Élections.

M. le président annonce que, par suite de la résolution que la compagnie vient de prendre, un scrutin de ballottage va être ouvert entre MM. Fossion et Thirion qui ont obtenu, à la dernière séance, un même nombre de voix, pour l'une des places de membres adjoints, vacantes dans la première section.

33 membres prennent part au vote.

Majorité absolue, 17.

Le dépouillement du scrutin donne 24 voix à M. Fossion, et 9 voix à M. Thirion.

M. Fossion ayant réuni la majorité des suffrages, M. le président le proclame membre-adjoint de la première section.

Après cette opération, M. De Lavacherie prévient l'assemblée qu'il est prêt à donner lecture du rapport de la troisième section, relatif à l'élection des membres-adjoints destinés à la compléter, mais qu'il juge que cette section doit s'assembler de nouveau pour examiner si elle portera M. le docteur Thirion sur la liste de ses candidats.

Plusieurs membres demandent que la section se réunisse immédiatement.

La section se rend à cette demande, et la séance est suspendue pendant un quart-d'heure.

A la reprise de la séance, M. De Lavacherie donne lecture de son rapport, et élève, en terminant, la question de savoir si un homme de l'art qui

n'est point muni d'un titre légal pour exercer dans le royaume, peut être ou non appelé à faire partie de la Compagnie en qualité de membre-adjoint.

Cette question ayant été résolue négativement, les membres de la troisième section quittent de nouveau la salle pour délibérer. Ils rentrent bientôt après et M. De Lavacherie déclare que les candidats présentés par la section, sont :

Pour la première place :

MM. Schoenfeld, docteur en médecine, à Charleroy ;
Lutens, id. à Anvers.
Woets, id. à Dixmude.

Pour la deuxième place :

MM. Langlet, docteur en médecine, à Bruxelles ;
Cunier, id. à Bruxelles ;
Ansiaux (junior), id. à Liége.

Pour la troisième place :

MM. Philips, docteur en médecine, à Liége ;
Soupart, id. à Gand ;
Thirion, id. à Namur.

La présentation de cette liste donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Craninx, Vottem, Verbeck, Fallot, Seutin et Michaux.

Après ce débat, la liste est admise au scrutin secret.

M. le président annonce ensuite qu'un scrutin va être ouvert pour le choix du premier membre-adjoint à élire dans la troisième section.

33 membres répondent à l'appel nominal fait par le secrétaire. Majorité absolue, 17.

Le scrutin donne, savoir :

14 voix à M. Lutens ;
11 voix à M. Schoenfeld, et
8 voix à M. Woets.

Aucun des candidats ne réunissant la majorité des suffrages, il est passé à un second tour de scrutin.

Le dépouillement de ce scrutin donne :

18 voix à M. Lutens ;
12 voix à M. Schoenfeld, et
3 voix à M. Woets.

En conséquence, M. Lutens est proclamé membre-adjoint de la troisième section.

Le scrutin est ouvert pour l'élection du deuxième candidat.

33 membres prennent également part au vote.

M. Langlet obtient 15 voix.
M. Cunier 10
M. Ansiaux 7
M. Soupart 1

Il n'y a pas de majorité.

Au second tour du scrutin même nombre de votants.

M. Langlet obtient 17 voix.
M. Cunier 12
M. Jules Ansiaux 4

En conséquence, M. Langlet est proclamé membre-adjoint de la troisième section.

Le scrutin ouvert pour le choix du troisième membre donne :

19 voix à M. Philips ;
8 voix à M. Thirion, et
6 voix à M. Soupart.

M. Philips ayant réuni la majorité des suffrages, M. le président le proclame membre-adjoint de la troisième section.

Le sort décide ensuite que les nouvelles présentations seront faites pour la cinquième section.

Discussion du règlement définitif de l'Académie.

L'ordre du jour de la séance appelle l'examen du projet de règlement définitif de la Compagnie.

M. le président ayant été nommé rapporteur de la Commission spéciale chargée de la rédaction de ce projet, M. le docteur Graux le remplace au fauteuil.

Les articles 1 à 8 de ce règlement sont successivement adoptés.

Les membres qui ont pris part à la discussion qui s'est ouverte sur ces articles, sont :

MM. Fallot, Vleminckx, Gouzée, Lombard, Van Coetsem, Michaux et De Lavacherie.

Ce dernier membre ayant proposé de modifier les articles 3 et 4 du projet en discussion, M. Vleminckx lui fait observer que ces articles étant textuellement extraits des statuts organiques, ne peuvent être mis en discussion. M. De Lavacherie déclare qu'il se réserve de déposer sur le bureau, avant la fin de la discussion du règlement, une proposition tendant à demander au Roi une modification à ces articles.

La séance est levée à cinq heures. Elle sera reprise demain à neuf heures du matin.

Séance du 1er *février* 1842.

(Présidence de M. Graux, vice-président.)

Présents : MM. Brogniez, Carlier, Craninx, Dehemptinne, De Lahaye, De Lavacherie, Demeyer, Fallot, François, Froidmont, Gaudy, Gouzée, Graux, Hairion, Hensmans, Janssens, Lebeau, Lombard, Michaux, Pasquier, Petry, Kaikem, Sauveur, Stas, Tallois, Thiernesse, Van Coetsem, Verheyen, Vleminckx et Vottem.

La séance s'ouvre à neuf heures.

La Compagnie consultée par M. le président, sur la proposition de

M. Vleminckx, ajourne la lecture du procès-verbal de la séance du 28 décembre dernier.

M. De Lahaye annonce que la quatrième section l'a nommée rapporteur pour l'examen des considérations médico-légales du docteur Mascart, sur le raccourcissement de la plante des pieds.

M. De Hemptinne fait également connaître que la cinquième section, qui est chargée de l'examen des titres des candidats qui se présentent pour les places de membres-adjoints, vacantes dans cette section, a nommé M. Stas pour son rapporteur.

Ouvrages présentés.

L'Académie reçoit de M. le docteur Lacorbière, les deux ouvrages suivants :

Traité du froid, de son action et de son emploi en hygiène et en médecine; Réponse aux objections faites à la phrénologie, dans la séance du Congrès historique de Paris, du 27 novembre 1835.

Discussion du règlement.

La discussion est continuée sur le projet de règlement, qui est adopté avec de légers changements.

L'Académie charge ensuite le bureau de revoir et de coordonner les diverses dispositions admises avant de soumettre le règlement à la sanction royale.

M. Graux quitte le fauteuil, où il est remplacé par M. Vleminckx.

M. De Lavacherie, conformément à l'engagement pris par lui dans la séance d'hier, dépose sur le bureau une proposition ainsi conçue :

« Je propose à l'Académie de demander au gouvernement de modifier les articles 6 et 14 des statuts organiques de la Compagnie.

» Le § 2e de l'art. 6 serait totalement supprimé; ainsi que la dernière phrase du § 4e de l'art. 14, ainsi conçu : *Le président n'est rééligible, même comme vice-président, qu'après un intervalle de trois années.*

» Il serait en outre adjoint au bureau de l'Académie un *secrétaire-adjoint.*

» De sorte que l'art. 14 serait ainsi conçu :

» Le bureau de l'Académie se compose d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire et d'un secrétaire-adjoint.

» Le secrétaire remplit, en outre, les fonctions de trésorier.

» Le président, les deux vice-présidents et le secrétaire-adjoint sont élus directement par l'Académie, parmi ses membres titulaires.

» Ils le sont pour trois ans.

» Le secrétaire est nommé par le Roi, parmi les membres titulaires de l'Académie, sur une liste triple de candidats.

» Il peut être révoqué par le Roi.

» L'élection du président, des vice-présidents et du secrétaire-adjoint,

ainsi que la présentation des candidats pour les fonctions de secrétaire, se font d'après le mode prescrit par l'art. 12. »

M. De Lavacherie développe sa proposition ; il insiste surtout sur l'opportunité, qu'il y aurait de demander ces modifications au moment où la Compagnie s'apprête à arrêter son règlement définitif.

L'Académie, constituée, comme l'exige l'art. 21 des statuts organiques, prend la proposition de M. De Lavacherie en considération, et décide qu'elle s'occupera, séance tenante de son examen.

La discussion ayant été ouverte sur la partie de la proposition, concernant la suppression demandée du 2e § de l'art. 6, et personne ne demandant la parole, M. le président met cette suppression aux voix. Elle est adoptée à l'unanimité.

La Compagnie s'occupe ensuite des modifications proposées à l'art. 14.

M. Vleminckx demande à exposer de sa place, les motifs qui l'ont engagé lui-même à proposer naguère au Conseil supérieur de santé, consulté sur l'organisation d'une Académie de médecine et qui ont pu déterminer le gouvernement à ne pas inscrire dans les Statuts organiques *la rééligibilité indéfinie du président.* L'Académie entend les explications du président. M. Lombard lui répond.

Personne ne demandant plus la parole, la suppression de la dernière partie du 4e § de l'art. 14, ainsi conçu : *Le président n'est rééligible, même comme vice-président, qu'après un intervalle de trois années*, est mise aux voix. — Elle est adoptée à l'unanimité.

L'Académie admet de même à l'unanimité et sans discussion, la troisième partie de la proposition de M. De Lavacherie, tendant à faire adjoindre au bureau un secrétaire-adjoint.

M. Craninx dépose sur le bureau une proposition tendant à modifier l'art. 5 des Statuts en ce sens : *que le nombre de membres titulaires et adjoints soit augmenté dans les 2e et 3e sections.*

Cette proposition n'est pas prise en considération, après une discussion à laquelle prennent part l'auteur de la proposition, MM. Fallot, Graux, Lombard et Van Coetsem.

M. Craninx remet au bureau une proposition nouvelle tendant *à ne faire augmenter que le nombre des adjoints dans ces mêmes sections.*

La prise en considération est rejetée.

M. le président fait observer que l'adoption de la proposition de M. De Lavacherie, en ce qui concerne la faculté qui serait réservée à l'Académie, de nommer des correspondants belges résidant en Belgique, doit nécessairement faire modifier le chiffre des correspondants (60), admis par l'Académie dans sa séance d'hier, dans le cas où le Roi sanctionnerait la demande de la Compagnie.

L'Académie décide qu'en cas d'adoption, le chiffre des correspondants serait porté à quatre-vingt.

Elle décide également que sa résolution sera portée immédiatement à la connaissance de M. le ministre de l'Intérieur, et que la Commission chargée de la rédaction définitive du règlement, surseoira à son travail jusqu'à ré-

ception par le bureau de la décision du gouvernement sur les modifications demandées.

M. De Lavacherie demande à être entendu dans une prochaine séance, pour donner à la Compagnie communication d'un travail relatif au *traitement de la rupture du tendon d'Achille, le pied étant maintenu immobile dans la flexion, à l'aide de l'appareil inamovible.*

M. Petry fait une demande semblable pour une notice sur l'*éruption des dents caduques de l'espèce bovine.*

Il est donné acte à MM. De Lavacherie et Petry de leurs demandes.

M. Fallot demande, par forme de motion d'ordre, que l'Assemblée décide, conformément à un article du règlement, qu'elle vient d'adopter, qu'il ne serait pas fait de rapport sur le travail de M. Fossion, nommé membre-adjoint.

Cette proposition est adoptée.

La séance est levée à deux heures.

EXTRAIT DU BULLETIN DES SÉANCES

DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1842.

Président, M. Meisser.
Secrétaire, M. Marinus.

Ouvrages presentes.

1° Annales de Gynécologie et de Pédiatrique; par M. Schoenfeld. Livraisons d'octobre et novembre 1841.

2° Manuel de clinique médicale (en allemand); par le docteur Canstatt, à Ansbach (Bavière). Tome 1er, 1841.

3° Hufeland's Journal der practischen Heilkunde, Fortgesetzt von E. Osann (les 8 premiers numéros de 1841).

4° Nederlandsch Lancet (cahier de novembre 1841).

5° Journal de médecine de Lyon (cahiers de novembre et décembre 1841).

6° Bulletin de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles (n° 11, 1841).

7° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (mois de novembre 1841).

8° Gazette médicale de Montpellier (n°s 24, 25 et 26).

9° Lancette française, Gazette des Hôpitaux (n°s 146-156).

10° L'Examinateur médical (n°s 24-27).

11° Journal de médecine et de chirurgie pratiques (numéro de décembre 1841).

Mémoires manuscrits.

12° M. J. B. Debourges de Rollet, D. M., adresse à la Société un mémoire intitulé : *Compte-Rendu de quelques observations médicales.* (Commissaires : MM. Lequime, Leroy, et Daumerie, rapporteur.)

13° M. Dugniole présente une observation sur une affection de poitrine compliquée d'aliénation mentale. (Commissaires : MM. Bigot, Dieudonné, et Joly, rapporteur.)

14° M. Meisser présente un mémoire faisant suite à son travail sur les races humaines. (Commissaires : MM. Rieken, Lequime, et Mouremans, rapporteur.)

Rapports.

15° M. Joly, en son nom et en celui de MM. Dieudonné et Bigot, lit le rapport suivant :

Messieurs,

« Vous nous avez chargés de vous faire un rapport sur un mémoire de M. le docteur Delcour, de Verviers, intitulé : *Observations sur le traitement des névralgies.*

L'auteur entre en matière par une exorde sur la variété et l'incertitude des moyens préconisés contre les névralgies, ce qui l'amène à reconnaître que leur traitement, ainsi que celui de la plupart des maladies du système nerveux, sont encore soumis à l'aveugle empirisme, nonobstant toutes les recherches faites jusqu'à ce jour sur la nature de ces affections. — Mais tout en signalant l'incertitude des causes organiques et la difficulté de leur appréciation, l'auteur insiste sur la nécessité de l'étude des causes pour arriver à un traitement méthodique et efficace ; ce précepte est ancien, Messieurs, il constitue la maxime fondamentale de toute bonne thérapeutique, *sublatâ causâ tollitur effectus*, lorsque toutefois celle-ci est connue et que l'on possède les moyens de la détruire. Et, à cette occasion, il rapporte qu'une sciatique intense, rebelle pendant dix mois à toute espèce de traitement, céda à l'enlèvement d'une hémorrhoïde externe ; il rapproche ce fait de celui cité par Benjamin Brodie, où une névralgie du pied, dépendante d'hémorrhoïdes internes, se faisait surtout sentir lorsque celles-ci sortaient de l'anus, et cessait par leur réduction, etc., etc.

S'abandonnant donc à l'empirisme dans le traitement des névralgies, l'auteur cite l'acupuncture comme un des principaux moyens sanctionnés par l'expérience, et fait une longue énumération des auteurs qui se sont occupés de ce mode de traitement. Comme preuve de l'efficacité de *l'acupuncture* il rapporte l'observation suivante puisée dans sa pratique particulière.

Un homme de 36 ans, d'un tempérament nerveux, d'une bonne santé habituelle, éprouva, il y a cinq ans, à la suite d'un effort, une douleur aiguë dans le pied et la jambe du côté droit, laquelle persista cinq semaines; le 28 septembre dernier, sans cause connue, il fut pris tout à coup d'une douleur sciatique des plus intenses, augmentant par le moindre mouvement. Des ventouses, des liniments stupéfiants, des vésicatoires sur le trajet du nerf, et saupoudrés avec $^1/_2$ gr. d'acétate de morphine matin et soir, la potion de Récamier, avec la térébenthine, l'usage d'un liniment composé avec cette huile essentielle, furent employés tour à tour, mais en vain; la douleur étant toujours également vive, l'auteur eut recours à l'acupuncture et implanta deux aiguilles, l'une dans le pli de la fesse, l'autre à la tête du péroné; après dix minutes de séjour ces instruments furent retirés, et la douleur disparut.

Comme preuves à l'appui de l'efficacité de ce moyen thérapeutique, l'auteur emprunte et cite tout au long des observations de Narducci, de Mirabella de Carl, de Riberi de Turin, où l'acupuncture délivra complétement les malades de leurs violentes névralgies. — Exposant ensuite les diverses théories, à l'aide desquelles on a cherché à expliquer les effets de l'acupuncture, et en présence de toutes ces opinions controversées, l'auteur, sans en admettre aucune, se borne à constater les bons effets de ce moyen thérapeutique, sans chercher à en expliquer l'action, alléguant du reste que le mode d'action du quinquina et d'une foule d'autres médicaments nous est encore inconnu.

Relativement au temps pendant lequel il faut laisser séjourner les aiguilles, et au nombre de ces dernières qu'il faut employer, il convient, avec les auteurs qui se sont occupés de ce moyen, que ce temps et ce nombre sont susceptibles de varier selon les circonstances.

Voilà, messieurs, le résumé de la première partie de ce mémoire. Pour ce qui concerne l'acupuncture dans le traitement des névralgies, l'auteur ne cite qu'une seule observation particulière où il ait employé ce moyen; or, sur un fait aussi isolé, il serait impossible (si le moyen était neuf) de juger de son efficacité. Heureusement que dans les archives de la science il en existe une foule d'autres, pour établir à son égard un jugement fondé. Ainsi vous savez tous, Messieurs, que l'acupuncture qui fait la base de la thérapeutique médicale chinoise et japonaise, importée en Europe, a joui, pendant quelque temps, d'une vogue telle, que l'on crut avoir irrévocablement trouvé le moyen de guérir la goutte, les rhumatismes, les névralgies, et une foule d'autres maladies; mais l'engouement des médecins français pour cette médication ne tarda pas à se dissiper : *experientia fallax*, l'expérience et le ridicule en firent prompte justice, l'une, par les nombreux mécomptes que recueillirent les expérimentateurs, l'autre, par cette arme si terrible en France, qui fit ridiculiser sur la scène un remède qui tombait désormais dans les attributions des couturières.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, les deux excès furent un abus, *non numeranda sed ponderanda verba* a dit un philosophe, et quelques faits bien observés sont plus concluants que cette foule d'annonces de cures merveilleuses, cortége ordinaire de l'emploi de tout remède nouveau, lequel souvent ne tarde pas, au bout de quelque temps, d'aller grossir l'arsenal de notre thérapeutique médicale.

Dégagée de toute prévention, l'acupuncture est un moyen qui trouve son utilité dans quelques cas de rhumatismes et de névralgies ; combiné avec le galvanisme, il a produit quelques bons effets dans certaines paralysies, aussi sans partager l'enthousiasme de quelques personnes pour ce moyen, nous n'hésitons pas de conseiller aux praticiens d'utiliser à l'occasion ce mode de traitement.

L'auteur du mémoire que nous analysons, n'a tracé aucune règle, aucune méthode, pour l'emploi de ce moyen. Cette omission n'est pas sans importance, car les Japonais eux-mêmes, dans leur simplicité, n'ont garde d'omettre certains préceptes pour pratiquer cette opération. Ainsi, quelle que soit leur dextérité, ils évitent le trajet des troncs nerveux, des artères et des veines. Jamais ils ne pratiquent l'acupuncture pendant le travail de la digestion, lors des grandes fatigues, ni quand on est à jeun ; ils évitent aussi d'opérer pendant les fortes transpirations, dans la colère et dans les affections tristes.

Nous pensons que la plupart de ces préceptes méritent encore l'attention des praticiens, qui, pour recueillir de cette opération des résultats satisfaisants, devront en outre s'en abstenir dans tous les cas où l'inflammation se trouve jointe à la douleur, et surtout lorsque la cause matérielle de la névralgie existe dans les gros centres nerveux, ou dans l'altération pathologique du nerf lui-même.

Relativement au mode d'action de l'acupuncture dans les névralgies, nous sommes d'accord avec l'auteur sur la difficulté d'en expliquer les effets dynamiques d'une manière satisfaisante ; cependant, n'est-il pas probable que ces vives douleurs qui parcourent le trajet des cordons nerveux et s'irradient sur toutes les branches secondaires, proviennent d'une accumulation de fluide nerveux, espèce de congestion qui jette le trouble dans la sensibilité de ces cordons, et augmente leur irritabilité, et dans ces cas l'acupuncture ne produirait-elle pas une soustraction de cet excès de fluide, tout comme elle est susceptible d'en fournir par *l'électro-puncture* employée dans les cas de paralysie? Cette hypothèse serait à notre avis aussi rationnelle que celle de Pelletan, fondée sur le système des courants opposés dans les filets nerveux. Nous livrons du reste cette hypothèse à votre appréciation.

Après s'être occupé de l'acupuncture dans le traitement des névralgies, l'auteur indique l'usage du sinapisme *loco dolenti* comme un moyen nouveau qui lui aurait déjà procuré des guérisons presque instantanées. Sans contester l'avantage de ce moyen employé avec discernement, nous lui dirons qu'il n'est pas neuf comme il le prétend, qu'il se trouve indiqué dans la plupart des ouvrages qui traitent des névralgies où il est rangé dans la classe des moyens révulsifs, tels que ventouses, vésicatoires fixes ou vo-

lants, sinapismes, cautérisations soit à l'aide du fer rouge, des moxas, ou de l'eau bouillante à l'aide du marteau de Mayor.

Comme preuve de l'efficacité de ce moyen, l'auteur rapporte l'observation d'une femme de 45 ans, d'un tempérament nerveux, qui, à l'âge de 30 ans, fut atteinte d'une hépatite aiguë terminée par suppuration; celle-ci se fit jour dans les bronches et la malade guérit (1). Mais depuis, elle fut souvent attaquée d'une violente douleur à la région du foie, ayant tous les caractères d'une névralgie; cette douleur se calmait par un sinapisme appliqué sur l'hypochondre droit. Une autre, atteinte d'une névralgie faciale, vit presque toujours l'accès se dissiper sous l'influence du même moyen. Un autre malade, à la suite de l'extraction de deux dents cariées, fut atteint d'une fluxion à la joue et de violentes douleurs névralgiques à la figure; la belladone, le datura stramonium, en frictions, furent employés sans succès, un sinapisme fit disparaître la douleur.

Nous ne voyons dans tout cela qu'un effet ordinaire de la méthode révulsive, indiquée par Hippocrate dans cet aphorisme : *Duobus doloribus simul obortis, vehementior obscurat alterum*, dont la vérité nous est encore démontrée tous les jours.

En nous résumant, nous dirons que le fait présenté par l'auteur, à l'appui de l'acupuncture dans les névralgies, sans rien ajouter aux renseignements que la science possède déjà sur la valeur de ce moyen thérapeutique, mérite cependant votre approbation par la manière judicieuse dont M. Delcourt l'a employé, il en est de même de l'emploi du sinapisme qui, dans certaines circonstances, lui a valu de promptes guérisons.

En conséquence, nous vous proposons de déposer honorablement ce travail dans nos archives, et de voter des remercîments à son auteur. »

Après une courte discussion, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

16° Sur une proposition de M. Marinus, M. le docteur Canstatt, médecin praticien à Ansbach en Bavière, eu égard aux nombreux travaux qu'il a publiés sur diverses questions médicales, est nommé membre correspondant.

17° M. Meisser fait un rapport verbal sur un travail de MM. les docteurs Lereboullet et Duvernoy de Strasbourg, et conclut à l'admission de ce dernier en qualité de membre correspondant, le premier ayant déjà obtenu ce titre. — Adopté.

18° M. Meisser lit ensuite le rapport suivant sur un ouvrage intitulé :

Topographie médicale de la ville de Dresde, avec plan et cartes géographiques; par le docteur Meyer, membre de plusieurs sociétés savantes. Leipzig, 1840.

(Versuch einer medicinischen Topographie und Statistik der haupt und residenz-Stadt von Ernst Julius Meyer, der heil und Wundarzneikunde Doctor.)

(1) Cette route suivie par la suppuration nous paraît si extraordinaire, que nous aurions bien désiré voir l'auteur nous donner à cet égard quelques renseignements plus précis et plus détaillés.

Messieurs,

Les documents contenus dans cet ouvrage sont groupés par sections, au nombre de 38 : de ces renseignements, qui tous sont précieux pour les personnes qui veulent s'occuper de la statistique des villes, les uns sont simplement rappelés, et d'autres, qui sont les plus récents, sont analysés avec toute l'étendue désirable.

« Parmi les uns et les autres, il y en a un très-grand nombre qui font connaître le climat, la température, la direction des vents, la nature des eaux, les différentes élévations du sol, ainsi que sa constitution minéralogique et géologique, la flore des environs, les plantes qui sont généralement de mauvaise qualité; la construction des habitations, la nourriture des habitants; le commerce, l'industrie, les hôpitaux, etc.

» Enfin, tous les faits relatifs à l'hygiène privée et publique, classés par époques décennales, de manière à approcher des résultats les plus positifs et les plus rigoureux.

» Dans la question de la mortalité, l'auteur prouve qu'elle est moindre actuellement que dans les siècles précédents. Ce qui vient encore confirmer pour cette résidence, en Allemagne, ce qui a été annoncé par d'autres auteurs, que, de même que la vie, dans l'état de nature, est plus en sûreté sous la protection de l'instinct, elle est mise en danger contre nature dans l'état de barbarie de l'homme dont les facultés ne sont alors qu'en partie développées, et elle est de nouveau assurée lorsque la civilisation complète rétablit l'harmonie entre l'homme et la nature.

» Ainsi, d'après le docteur Meyer, comme d'après les statisticiens les plus consciencieux, la mortalité est d'autant moins considérable, que l'instruction publique est plus soignée, et réciproquement; de sorte que l'état de l'instruction peut être considéré comme le baromètre de la durée de la vie chez un peuple.

» L'auteur n'a pas oublié l'une des classes les plus intéressantes de la société : la classe pauvre.

» Un des plus grands services que le médecin puisse rendre aux malades pauvres, c'est de faire connaître leurs besoins, et d'enseigner la meilleure manière de les soulager.

» La topographie médicale de M. le docteur Meyer contribuera, sans aucun doute, à augmenter les chances de guérison pour les malades traités dans les hôpitaux de Dresde; et ce médecin qui a marché sur les traces de son illustre compatriote Achenwal, aura servi l'humanité, en même temps qu'il a fait un bon ouvrage.

» Nous avons l'honneur de proposer à la Société de conférer le titre de membre correspondant à M. le docteur Meyer. »

Les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité.

19° MM. Meisser et Marinus présentent comme membres correspondants les candidats dont les noms suivent :

MM. De Bach, conseiller d'État, médecin du Grand-Duc d'Oldenbourg.

Bruel, conseiller intime de la cour et médecin du Grand-Duc d'Oldenbourg.

Le Baron De Fuchtersleben, secrétaire de la Société de médecine de Vienne.

Bischof de Altenstern, professeur de médecine à Vienne.

Aux termes du règlement, une commission composée de MM. Marinus, Meisser, et Rieken, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur les titres scientifiques de ces candidats.

La séance est levée.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1842.

Président, M. Meisser.

M. Joly, secrétaire-adjoint, remplit les fonctions de secrétaire en l'absence de M. Marinus.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et approuvé.

Ouvrages présentés.

1° Annales de Gynécologie et de Pédiatrique (livraison de décembre 1841).

2° Hufeland's journal (numéro de septembre 1841).

3° Nederlandsch lancet (numéros de décembre et de janvier).

4° Bulletin de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles (numéro 12, 1841).

5° Gazette médicale de Montpellier (nos 27-29).

6° Lancette française, Gazette des Hôpitaux (nos 16-25).

7° L'Examinateur médical (n° 28).

8° Journal de médecine et de chirurgie pratiques (cahier de janvier 1842).

9° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (cahiers de décembre 1841 et de janvier 1842).

10° Annales de la Société de médecine d'Anvers (feuil. 33-37).

11° Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges (année 1841, 4e livraison).

12° Journal des connaissances médico-chirurgicales (numéro de janvier 1842).

Communications et rapports.

13° Deux observations sur l'hydramnios; par le docteur Sovet, membre correspondant à Beauraing. (Commissaires : MM. Dugniole, Mouremans, et Langlet, rapporteur.)

14° Observation d'imperforation de l'orifice de la matrice; par M. Becasseau, docteur en chirurgie, à Liége. (Commissaires : MM. Van Huevel, Lequime, et Marinus, rapporteur.)

15° Rapport de M. Rieken sur la candidature de MM. le baron De Feuchtersleben, secrétaire de la Société de médecine de Vienne; De Bach, conseiller d'État et médecin du grand-duc d'Oldenbourg; Bruel, con-

seiller intime et médecin du grand-duc d'Oldenbourg ; et Bischof de Altenstern, professeur de médecine à Vienne. Après avoir énuméré les travaux de ces médecins et les services qu'ils ont rendus à la science, le rapporteur conclut, au nom de la Commission, à leur admission au nombre des membres correspondants. — Adopté.

16° Rapport de M. Rieken, sur les recherches de M. le docteur Martin Geigel, de Wurzbourg, relatives à l'origine du *Genius morborum*, ses différentes formes, etc., nommé membre correspondant.

17° Rapport de M. Rieken, sur l'ouvrage de M. le docteur Dietrich, médecin-praticien à Munich, traitant de la maladie mercurielle sous toutes ses formes, etc. — Conclusions : remercîments et nomination de l'auteur en qualité de membre correspondant. — Adopté.

18° Rapport de M. Rieken, sur un travail de M. le docteur Ch. God. Nees d'Esenbeck, président de l'Académie Cés. Léopold. Carolin. des curieux de la nature à Breslau. — Conclusions : admission de l'auteur au nombre des membres correspondants. — Adopté.

19° Rapport de M. Rieken, sur un ouvrage intitulé : *De Gastromalacia et Gastropathia infantum.* Auctore F. X. Ramisch. — L'auteur, professeur de médecine à Prague, est nommé membre correspondant.

20° Rapport de M. Daumerie, sur deux ouvrages de M. le docteur Chrestien, de Montpellier, l'un sur les affections inflammatoires comparées avec les affections catarrhales ; l'autre, *sur l'influence des travaux et des découvertes anatomiques depuis Vésale sur les progrès de la pathologie chirurgicale.* Dans ce dernier travail, qui présente un résumé historique des travaux de l'immortel Vésale, l'auteur attribue erronément, et aux dépens de notre gloire nationale, à la Hollande l'honneur d'avoir vu naître le grand et illustre anatomiste belge, alors qu'il est bien avéré par tous les biographes que Bruxelles est la ville où il vit le jour. Cette rectification sera insérée au Bulletin des séances. — Remercîments.

21° M. Meisser lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bellini de Pise, et propose de conférer à l'auteur le titre de membre correspondant. — Adopté.

M. Meisser lit un autre rapport sur une observation de kyste hydatique du foie présentée par M. Lequime. Conformément aux conclusions de ce rapport, la Société vote l'impression de l'observation dans ses Annales.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

—

De la Compression, son mode d'action et sa valeur thérapeutique, ouvrage qui a obtenu une médaille d'or, à la suite d'un concours ouvert sur cette question, par le Congrès médical de Belgique (1840); par E. Thirion, de Namur, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchement, membre de plusieurs sociétés savantes. Un vol. in-8°, Namur, 1841.

Rhasès en 1533, et Paré en 1585, sont les premiers qui aient parlé, dans leurs écrits, de la compression, de son usage et des préceptes qui doivent présider à son emploi; MM. Larrey et Dieffenbach ont trouvé la solidification des bandages; M. Seutin a trouvé le véritable moyen et en a étendu l'usage; M. Velpeau, auquel la science est redevable de tant de travaux, s'est occupé, d'une manière toute spéciale, de la compression; Samuel Young, en 1816, publia un *Traité du cancer par la compression;* Dupuytren, Mayor, Larrey, Lisfranc, Samuel Cooper ont également traité de l'action et de la valeur de cet agent thérapeutique, mais, au milieu de ces écrits divers, nous ne possédions pas une monographie aussi complète de la compression, que celle que nous devons à M. Thirion, et qui lui a valu une distinction des plus honorables.

Son ouvrage remarquable est divisé en vingt-deux paragraphes :

L'auteur définit la compression : *un moyen dont l'action modifie la vitalité et la forme d'une partie, de manière à faire disparaître son état pathologique et lui rendre son type normal.*

Cette définition n'est pas assez explicite, selon nous, car elle indique bien le but auquel la compression tend, mais ne nous fait nullement connaître ce que c'est que la compression; nous proposons la modification suivante, que nous ne regardons pas comme la meilleure, mais comme exprimant mieux notre pensée : *La compression est le rapprochement des molécules de toutes les parties du corps susceptibles de céder sous une pression quelconque, dans le but de modifier la vitalité et la forme de l'une ou de l'autre de ces parties, faire disparaître ainsi leur état pathologique et leur rendre leur type normal.*

Le mode d'action varie, tant sous le rapport de l'agent comprimant, que sous celui de la partie à comprimer, ou en d'autres termes, de l'affection morbide que l'on veut combattre par ce moyen : la compression est immédiate ou médiate, se fait à l'aide de diverses substances, est indiquée ou contre-indiquée, quelquefois insuffisante, mais exige toujours une certaine habitude et de la dextérité; le renouvellement des appareils compressifs doit varier en raison de certaines circonstances; la compression enfin, peut être con-

tentive, préservative ou curative; telles sont les matières contenues dans le premier chapitre où elles sont traitées avec érudition, ordre et clarté.

La compression s'applique aux inflammations érysipélateuses des membres, aux brûlures; l'auteur donne, à ce sujet, plusieurs observations de M. Velpeau qu'il fait suivre d'un résumé analytique; aux dartres, aux ulcères, aux plaies suppurantes, aux plaies récentes par instruments tranchants, aux plaies contuses, au prurit cutané, aux douleurs de la peau, dans les cordons nerveux, aux crampes; à l'œdème simple ou idiopathique des membres; à certaines maladies des veines; sur les artères saines; contre certaines tumeurs ou tuméfactions, aux tumeurs non enkystées, aux squirrhes, aux tumeurs blanches; à quelques orchites; à certaines maladies de la verge; chez la femme en travail d'enfantement; aux déviations ou déplacements d'organes, etc.

Ces cas d'applications sont longuement examinés dans les 18 chapitres ou paragraphes qui suivent. M. Thirion ne s'y borne pas à une simple énumération, mais il établit les circonstances où la compression doit être pratiquée dans chacune de ces affections, le procédé et son mode d'action; il passe en revue les diverses médications, et les opinions des auteurs; il cite leurs observations, comme celles qui lui sont propres; discute la valeur relative de chaque mode de traitement, réfute les assertions des écrivains qui se montrent opposés à la compression, ou tout au moins qui lui dénient sa grande puissance d'action, ou veulent la restreindre à un très-petit nombre de cas donnés: il ne s'en montre partisan que dans les circonstances où l'expérience en a justifié l'emploi.

Passant au 19e chapitre, notre estimable confrère examine l'assertion émise, dans ces derniers temps, que la compression pouvait servir seule à combattre le météorisme;

Dans le 20e, les avantages de la compression contre les accumulations de liquide dans certaines cavités.

Le 21e est consacré à l'examen de la compression pour maintenir en place les pièces osseuses fracturées; ici l'auteur fait ressortir tous les avantages du bandage amidonné de M. Seutin, en motivant son opinion sur la comparaison qu'il fait de celui-ci avec les autres appareils imaginés dans le traitement des fractures et des déplacements articulaires; il rend un éclatant hommage au talent de cet excellent chirurgien, et s'étonne de ce que, à l'exception de M. Velpeau, on lui conteste, en France, l'honneur d'avoir perfectionné et étendu la méthode de Larrey qui n'est qu'*inamovible*, tandis que le procédé belge réunit les deux qualités précieuses d'être, tout à la fois, *amovible* et *inamovible*. On trouve dans ce chapitre, une planche représentant les ciseaux de M. Seutin pour couper le bandage amidonné, avec les modifications de MM. Fallot et Loiseau.

Le 22e et dernier paragraphe signale les accidents qui peuvent résulter de la compression; il indique comme cause des plus graves inconvénients, la construction vicieuse des bandages herniaires, des ligatures circulaires, des corsets, chaussures, coiffures, etc.; contre les vomissements causés par le mouvement d'une voiture ou le roulis et le tangage d'un navire, il conseille l'usage d'un corset à boucles afin de fixer les viscères abdominaux.

Telle est l'analyse rapide de l'ouvrage de M. Thirion auquel nous ne

saurions accorder un trop juste tribut d'éloges ; pour faire apprécier toute sa valeur, il eût fallu le transcrire en entier dans notre journal ; ce que nous en disons, engagera sans doute les médecins à l'étudier ; ils acquèreront, en le méditant, les idées les plus justes, comme les plus complètes, sur un moyen qui, habilement dirigé, leur fournira des résultats brillants dans une foule d'affections où d'autres agents thérapeutiques seraient restés impuissants.

Félicitons aussi M. le docteur Thirion d'avoir compris et mis en pratique, que le mérite d'un écrivain ne peut que grandir, lorsqu'à l'esprit et au savoir, il joint la bonne foi, la modestie et le sentiment des convenances.

En achevant ces lignes, nous nous apercevons que l'ouvrage de M. Thirion est terminé par un sommaire de chacun des paragraphes qui le composent ; nous regrettons de n'en avoir pas eu connaissance plus tôt, car ce travail analytique nous eût considérablement aidé dans notre tâche.

(*Rédact.*)

Recherches historiques et critiques sur la vie et les ouvrages de Rembert Dodoens (*Dodonæus*), par P.-J. Vanmeerbeeck (de Malines), docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements, gradué du titre académique de docteur de l'Université catholique de Louvain, membre de plusieurs sociétés de médecine et de sciences naturelles de Belgique (1).

« Hoc egregium patriæ et seculi ornamentum, anno millesimo » quingentesimo decimo septimo, Machlinia, urbs inter Belgii » præcipuas una, protulit. »

Melchior Adam. *Vitæ German. medic.*

Cet ouvrage, fruit de recherches laborieuses dans les bibliothèques publiques d'Anvers, Bruxelles, Gand, Leyden, Louvain, Paris et dans quelques bibliothèques particulières de la Belgique, est écrit dans le but d'honorer la mémoire et de mettre en relief le mérite d'un savant Malinois du XVIe siècle. L'auteur le dédie à sa ville natale, aux sociétés de Médecine et d'Horticulture de cette ville, à tous ses concitoyens amis des arts et des sciences ; il espère qu'ils accueilleront avec bienveillance cette œuvre inspirée par le plus pur sentiment d'amour-propre national.

Elle contient :

1° La biographie de Rembert Dodoens, puisée dans les sources les plus authentiques, savoir : les écrits de Dodoens lui-même, les mémoires des personnes qui ont vécu dans son intimité, (Viglius, Hopperus, Suffridus Petrus), les ouvrages des Biographes contemporains de Dodoens, (Meursius, Melchior Adam etc.) enfin, les pièces communiquées par l'archiviste de Malines, M. Gyseleers-Thys. L'auteur ne rapporte, dans cette esquisse historique, *aucune phrase* qui ne soit appuyée de preuves, et discute les assertions d'autres biographes qui lui paraissent inexactes. Un tableau gé-

(1) Cet ouvrage est en vente à la Société Encyclographique des sciences médicales, rue de Flandre, n° 155, à Bruxelles.

néalogique de la famille ascendante, descendante et collatérale de Rembert Dodoens termine cette partie.

2° Un résumé de son ouvrage intitulé : *De sphæra, sive de Astronomiæ et geographiæ principiis cosmographica isagoge.*

3° Une appréciation des nombreux ouvrages de botanique de Dodoens. Cette partie comprend : *a*) une esquisse de l'état de la Botanique en Belgique à l'époque où écrivit Dodoens ; *b*) l'analyse détaillée de ses ouvrages, dans laquelle sont examinés le genre de mérite de Dodoens comme botaniste, les progrès qu'il fit faire à cette science et les rapports qui existent entre la classification qu'il adopta et la méthode naturelle de Jussieu ; *c*) l'indication des plantes que Dodoens décrivit le premier ou dont le premier il donna la figure ; enfin *d*) une *table alphabétique synonimique* des noms sous lesquels Linnée et autres botanistes modernes désignent les plantes décrites dans l'herbier de Dodoens. (Cette table indispensable à ceux qui veulent étudier avec fruit les ouvrages de notre compatriote, a été tirée à part, in-folio, format des *stirpium historiæ pemptades*, pour les souscripteurs qui en feront la demande spéciale.)

4° Une revue des lettres critiques que Dodoens écrivit sur la botanique et des réponses a ces lettres.

5° Un aperçu de sa lettre sur l'élan (*de Alce epistola.*)

6° L'analyse des trois ouvrages de médecine, intitulés : *Physiologices tabulæ, Praxis medica*, et *Medicinalium observationum exempla rara*. Cette analyse, très-étendue, apprécie les œuvres médicales de Dodoens mises en rapport avec l'état de la médecine à l'époque où elles parurent ; elle relève les vérités éternelles et fondamentales qu'elles contiennent et que de nos jours on a voulu donner pour neuves ; elle montre ce que lui doit l'Anatomie pathologique dont il fut l'un des créateurs.

7° Un jugement motivé sur le caractère, les qualités, les connaissances et les talents de Dodoens ; dans cette partie sont rapportés les éloges et les critiques adressés à notre compatriote par les anciens écrivains, on y refute le jugement peu fondé de quelques auteurs modernes sur les opinions politiques et religieuses de ce célèbre botaniste.

8° La bibliographie raisonnée des ouvrages de Dodoens, dans laquelle l'auteur s'est livré à des recherches difficiles et consciencieuses pour tâcher de redresser les nombreuses erreurs, qui s'étaient glissées dans les listes bibliographiques publiées jusqu'à ce jour.

9° La liste des ouvrages consultés pour la rédaction de la présente biographie, avec l'indication de ceux d'entr'eux, qui rapportent quelques faits originaux et de ceux, qui ne se sont fait que copier les uns les autres.

Cet ouvrage forme un volume d'environ 300 pages in-8°, imprimé sur beau papier vélin. Il est orné du Portrait de Rembert Dodoens, dessiné et lithographié par M. Louis Tuerlinckx, de Malines, d'après le buste dû au ciseau de son frère Joseph, et reproduit le fac simile de la signature de Dodoens et la représentation de son tombeau à Leyden.

Nous recommandons la lecture de cette intéressante publication qui mérite, à plus d'un titre, les éloges que lui ont déjà accordés des hommes bien capables d'en apprécier l'importance : nous espérons que le succès qu'elle a obtenu déterminera l'auteur à fouiller de nouveau dans les vieilles archives de l'art qui renferment encore tant de richesses ignorées, peut-être, d'un grand nombre de médecins. Nous sommes persuadés d'avance que les encouragements ne lui manqueront pas.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

COMPTE-RENDU

DE

QUELQUES OBSERVATIONS MÉDICALES;

Par J. B. DEBOURGE, de Rollot,
Membre de la Société médicale d'Amiens, etc.

Dans ces temps déjà bien loin de nous, où l'on répétait servilement ce qu'avait dit un grand nom; où l'on écrivait en termes un peu mieux choisis, peut-être, ce qu'avaient fait imprimer de savants devanciers, que d'hypothèses, plus ou moins ingénieusement conçues, ne se sont-elles pas glissées dans des ouvrages alors généralement estimés, qui perpétuaient ainsi de dangereuses erreurs en les faisant partager par ceux qui les méditaient. Grâces au génie supérieur d'hommes qui illustrent notre époque, la médecine, dégagée du joug qui l'opprimait, est enfin sortie de l'ornière de la routine et de la voie fallacieuse des vains systèmes : une ère nouvelle est désormais ouverte à tous les bons observateurs, et c'est maintenant dans la seule juste appréciation des faits qu'ils trouvent une base solide sur laquelle ils ne craignent plus d'appuyer leur jugement. La médecine d'observation, la seule médecine qui puisse être utile à l'humanité, devient chaque jour,

pour eux, la source de nouvelles lumières. Aussi, bien pénétrés qu'ils sont de cette grande, de cette importante vérité, la plupart des praticiens éclairés ne s'appuient-ils plus que sur des faits bien observés, dont l'autorité, pour eux, peut seule faire loi : c'est avec tout l'esprit d'ordre et d'analyse possible, qu'ils répètent les expériences, les essais que d'autres ont pratiqués, qu'ils rassemblent les faits épars, recueillent et publient les nouvelles découvertes, y ajoutent les leurs et dotent ainsi l'art médical de principes désormais immuables, parce qu'ils ne sont plus fondés que sur la stricte observation de la nature.

A l'époque où nous vivons, dans ce siècle où tant de nobles efforts sont simultanément dirigés vers le grand but du perfectionnement de la science, le médecin véritablement philanthrope, le praticien qui se sent vivement pénétré de l'importance des devoirs sacrés que lui impose sa profession, pourrait-il donc, sourd à la voix de son cœur, rester oisif au milieu d'un élan si général? assurément non. Il sait trop bien qu'il se doit tout entier à l'art qu'il professe : aussi s'empresse-t-il de soumettre au monde médical le fruit de sa laborieuse observation. Aujourd'hui, que tout se renouvelle, que tout se régénère, que tout passe au creuset d'une générale épuration, chacun est appelé à mettre la main à la grande œuvre et l'on est heureux de pouvoir apporter quelque chose à l'édifice commun. Parcourons donc avec ardeur, parcourons tous les vastes domaines de la science, arrêtons-nous de nouveau, avec une scrutatrice, sévère et impartiale observation sur une foule d'objets, où déjà la main d'hommes illustres, la gloire de leur époque, semblait avoir définitivement placé le dernier jalon; très-souvent, nous trouverons encore quelques fleurs à cueillir, quelques épis à ramasser. Il est tant de choses sur lesquelles le dernier mot à dire est encore un sujet de recherches!... et si la sagacité humaine doit éternellement s'exercer en vain, pour découvrir tous les secrets que la nature lui cache avec tant de mystère, du moins, en suivant ainsi, pas à pas, le flambeau de l'observation à la main, cette riche et merveilleuse nature, en l'interrogeant à tout instant par nos pressantes investigations, en la harcelant sans cesse, si je puis ainsi parler, nous finirons par soulever de temps en temps, un coin du voile épais dont elle aime à s'envelopper, et nous lui déroberons ainsi quelques-uns des trésors précieux qu'elle conserve cachés avec tant de soin. Rivalisons donc tous de zèle : et loin de borner notre observation aux cas rares, extraordinaires, recueillons, embrassons, analysons, coordonnons tous les faits qui sont susceptibles d'enrichir la science et notre thérapeutique, et ne perdons jamais de vue que l'étude de choses, petites en apparence, conduit souvent à de bien grands résultats... Heureux, par mes recherches, mes travaux et mes veilles, si je puis contribuer aussi au bonheur de mes semblables et aux progrès de l'art que je professe : plus heureux encore, si mes observations peuvent me mériter les suffrages de l'illustre Société à laquelle je les soumets, et l'honneur d'augmenter le nombre de ses membres correspondants : alors je continuerai d'entretenir cette Société de tous les faits intéressants que je possède et de tous ceux que, par la suite, pourra me fournir ma pratique.

SEIGLE ERGOTÉ.

De temps presque immémorial, le seigle ergoté est connu, de temps presque immémorial, son action délétère est attestée par des faits nombreux, authentiques, irrécusables ; et ses propriétés obstétricales, dont la connaissance date de moins loin, sont confirmées de nos jours, par une foule d'observations, dont la véracité ne peut être mise en doute : mais jusqu'ici la nature de cette production est restée un sujet de recherches, et a laissé, dans cette partie de la science, une lacune que je vais bientôt pouvoir combler. De savants devanciers, des hommes, dont l'opinion fait loi, ont émis, à cet égard, des hypothèses plus ou moins spécieuses, que d'autres hommes, d'un savoir non moins recommandable, ont entièrement renversées. C'est ainsi que plusieurs naturalistes célèbres considèrent l'ergot du seigle comme une dégénération du grain résultant d'une maladie produite par des causes extérieures qu'ils n'ont point connues ; que quelques-uns, parmi les anciens, ont attribué cette maladie aux petits insectes que l'on trouve quelquefois dans l'intérieur des grains ergotés ; que MM. Vauquelin et Virey ont considéré cette excroissance comme l'effet d'une matière putride qui attaque la substance même du grain, matière dont ces Messieurs n'ont point indiqué la nature, tandis que Paulet et M. Decandolle ont considéré l'ergot comme une espèce de champignon (scleroticum clavus) qui se développe dans l'ovaire même et végète dans la balle à la place du grain que celle-ci devait contenir; et qu'enfin, il y a environ quinze ans, M. Leveillé, neveu, est venu concilier les opinions le plus généralement répandues sur le sujet qui nous occupe, en avançant que l'ergot est composé à la fois de l'ovaire plus ou moins développé et dénaturé et d'une espèce de champignon que M. Leveillé a nommé *sphacelia segetum*. C'est au milieu de ce conflit d'opinions, que je viendrai enfin asseoir la mienne sur une base désormais inébranlable; la vérité l'aura cimentée de faits incontestables, de faits dont chacun pourra aisément vérifier l'irréfragable exactitude. Déjà j'eus l'honneur de faire connaître à l'Académie royale de médecine de Paris et à la Société médicale d'Amiens, le résumé de mes premières recherches. Je devais, enfin, cette année, terminer mon travail, si je n'avais point été malade à l'époque de la fleuraison des seigles ; c'est pourquoi, dans cette communication, je vais me borner à détruire les deux opinions le plus généralement admises, de nos jours, sur la nature de cette singulière production : c'est faire faire à la science un pas de plus que de détruire des erreurs qui se trouvent ainsi accréditées, parce qu'elles sont l'opinion de quelques-uns des hommes d'élite qui la représentent. Je suis tellement convaincu de l'exactitude des faits qu'on va lire, que je suis sûr de les voir sanctionnés par tous ceux qui ne les jugeront qu'après s'être livrés aux mêmes recherches. Cette description est, si je puis ainsi dire, copiée sur la nature elle-même : et des faits placés sur une telle base ne tombent point.

Les grains qui doivent se convertir en ergots, se ramollissent, deviennent d'une extrême friabilité, subissent une sorte de fermentation et exhalent une odeur nauséeuse fort désagréable, surtout quand on les écrase

entre les doigts. La surface extérieure de ces grains est sillonnée, en différents sens, par de nombreuses et fines crevasses, à travers lesquelles exsude une liqueur visqueuse, blanchâtre, sucrée, de consistance sirupeuse, qui s'amasse, plus ou moins abondante, à leur partie supérieure, s'épanche au dehors et agglutine alors toutes les parties de la fleur et, assez souvent aussi, quelques-unes des fleurs environnantes. Si l'on met de cette liqueur sucrée en contact avec le papier de tournesol, il est légèrement rougi, et si l'on écrase directement sur ce papier le grain d'où elle exsude, la couleur rouge est beaucoup plus marquée. En examinant avec soin le grain à cette période de la maladie, on voit que le périsperme est détruit partout, excepté à la partie supérieure, et en reportant son attention vers la partie inférieure de ce grain, c'est en vain que l'on cherche à y constater la présence du germe; il n'en existe plus de trace. Si, maintenant, l'on rassemble une certaine quantité de ces grains, qu'on les écrase en y mélangeant un peu d'eau et que l'on ajoute à ce mélange quelques gouttes de teinture d'iode, la couleur jaune de ce réactif n'est nullement altérée. Mais continuons notre description. La surface extérieure du grain malade présente d'abord une couleur blanchâtre, souvent d'un plus beau blanc à la partie supérieure, qui offre aussi plus de consistance, sans doute à cause de la présence de la portion non détruite du périsperme : mais peu à peu, cette surface devient jaunâtre, et bientôt l'on s'aperçoit que le grain brunit à sa partie inférieure. Cette partie, qui, toujours, prend la première la couleur connue de l'ergot, devient en même temps plus consistante et n'offre plus à l'observation les nombreuses gerçures que l'on y avait constatées et que l'on remarque encore sur la partie blanchâtre ou jaunâtre qui la surmonte, et qui bientôt elle-même prendra aussi la couleur noirâtre, deviendra plus ferme, offrira une surface plus unie et cessera, à son tour, d'être sillonnée par ces sortes d'ondulations qu'un observateur a comparées aux circonvolutions cérébrales. En même temps que ces différents changements s'opèrent, le grain s'allonge chaque jour davantage, bientôt il sort de la glume; il acquiert alors, et assez promptement, tout l'accroissement qu'il doit avoir, et nous le voyons avec tous les caractères que nous lui connaissons.

La partie supérieure de tous les grains ergotés, ce prolongement terminal que l'on s'opiniâtre, à tort, à considérer comme un champignon (sphacelia segetum de M. Leveillé), n'est autre chose que la portion non détruite du périsperme, et l'amas plus ou moins abondant de la liqueur visqueuse précitée, liqueur qui a agglutiné avec les débris du périsperme, soit seulement les poils soyeux qu'offrent à cette extrémité tous les grains dans l'état normal, soit en même temps, et ce qui arrive assez souvent, les stigmates flétris et poilus que l'on remarque encore à cette partie assez longtemps après la fécondation de l'ovaire, soit enfin, mais plus rarement, une, deux, ou les trois anthères que, retenues par les extrémités des écailles de la glume, j'ai pu constater encore sur des grains presque entièrement développés.

Par cet exposé, on voit donc qu'il y a dans la formation du grain ergoté, deux périodes bien remarquables : la période de destruction du périsperme, de ramollissement, de saccharification et d'exsudation saccharine du grain, et

la période de sa coloration et de son développement morbides. Cette absence constante et presque complète du périsperme du grain ne favoriserait-elle donc point beaucoup le développement, souvent monstrueux, de cette singulière production? Dans la description ci-dessus, on voit aussi que les nombreuses gerçures qui sillonnent d'abord toute la surface du grain malade, cessent bientôt d'exister sur la partie inférieure qui brunit toujours la première. On voit que ces crevasses restent sur tout ce qui surmonte la portion brunâtre, jusqu'à ce que cette portion ait pris elle-même la couleur de l'ergot; et ce qui prouve d'une manière indubitable, que la portion jaunâtre supérieure n'est point un corps à part, que c'est au contraire la continuation du même tout, et que ce corps entier n'est point autre chose que le grain lui-même devenu malade, c'est le sillon longitudinal que l'on aperçoit sur toute la longueur du grain, à toutes les époques de son développement morbifique ou normal; à toutes les époques du développement morbide ou normal du grain, on peut constater aussi l'existence de ces pilosités qui en surmontent constamment la partie supérieure : et comme les grains du blé offrent plus de ces pilosités que les autres grains, l'ergot de cette graminée est aussi celui à la partie supérieure duquel on en observe davantage; quand dans les grains ergotés, cette particularité n'est plus appréciable, cela tient à ce que ces poils se trouvent agglutinés, soit avec les débris du périsperme d'où ils naissent, soit en même temps, et, comme je l'ai dit plus haut, avec les stigmates et les anthères par la liqueur en question. En faisant macérer, pendant plusieurs jours ces grains dans l'eau, en écrasant ensuite leur partie supérieure sur une plaque de verre, et en examinant alors cette partie, soit à la loupe, soit au microscope, on peut s'assurer de l'exactitude de ce que j'avance. Dans toutes les circonstances précitées, l'existence de ces pilosités est toujours plus facilement appréciée avec la loupe qu'à l'œil nu... Si donc, l'ergot était un champignon qui se fût développé dans l'ovaire à la place du grain, pourquoi ce champignon serait-il pourvu du même sillon longitudinal et des mêmes pilosités que ce grain? et si c'était un champignon qui se fût implanté sur un ovaire devenu malade, devrait-il être jamais possible d'apercevoir les pilosités qui existent constamment à cette partie de tous les grains? il faudrait absolument vouloir fermer les yeux à l'évidence si l'on refusait de se rendre à une telle vérité.

C'est toujours et assez longtemps même après la fleuraison des seigles et des autres graminées, que j'ai vu l'ergot commencer à se former, et c'est en général sur les épis, les plus tardivement développés, que cette production morbide se trouve en plus grande abondance. Je me suis assuré par de nombreuses et minutieuses recherches, que ce que je viens de dire de l'ergot du seigle peut s'appliquer à celui d'un grand nombre de graminées; sans doute même qu'aucune plante de cette nombreuse famille n'offre de différence à cet égard.

En terminant aujourd'hui cette communication sur le seigle ergoté, je ne puis qu'engager de nouveau tous les pharmaciens à soumettre ce médicament au procédé infaillible de conservation que j'ai publié dans le journal de médecine et chirurgie pratiques, tome 9, art. 1667.

HYDROPISIES.

Depuis plusieurs années, j'ai eu à traiter un assez grand nombre d'hydropisies. Dans celles de ces maladies, dont aucune dégénération organique n'était point la cause et qui ne se trouvaient pas accompagnées d'irritation des voies digestives, j'obtins des succès tellement satisfaisants, à l'aide des pilules drastiques, dont je vais faire connaître la formule, que je considère comme un devoir sacré d'en donner connaissance à cette illustre Société. Le seul mérite de cette médication est peut-être dans la dose, la combinaison et le mode d'administration de ce médicament. Je ne rapporterai ici que l'exposé d'une de ces cures : les autres ne feraient que grossir davantage ce travail et ne lui donneraient pas beaucoup plus d'intérêt.

Ascite.

Mademoiselle H....., de R....., âgée de 33 ans, d'une bonne constitution, aux cheveux noirs, à la peau brune, fut réglée à 17 ans, et vit régulièrement ses menstrues jusqu'à l'époque où, ayant cédé aux séductions d'un homme, elle devint enceinte ; elle était alors âgée de 27 ans. Sa grossesse, son accouchement, les suites des couches et la lactation, n'offrirent rien de remarquable à noter. Son enfant, qui était du sexe féminin, mourut huit mois après sa naissance, et la sécrétion laiteuse qui était encore fort abondante, fut alors tarie par la diète et les *anti-laiteux* ordinaires. Cette demoiselle redevint grosse deux ans après la mort de son enfant, mais, cette fois, la grossesse fut compliquée d'ascite et des accidents qui accompagnent nécessairement une telle complication : pourtant l'accouchement eut lieu à son terme ordinaire; un enfant, bien portant, du sexe féminin, en naquit, et la suffusion séreuse péritonéale se dissipa graduellement quelques jours après, sous l'influence de transpirations extrêmement abondantes, mais que l'on n'avait point provoquées. Cette fille allaita ce second enfant pendant sept mois. Elle eut alors un nourrisson, auquel elle donna le sein pendant neuf mois, et ensuite elle continua de se livrer à ses occupations de manouvrière jusqu'au mois d'août 1836, époque où elle devint très-gravement malade. Elle n'a pu me fournir que des renseignements bien vagues sur cette maladie, dont la poitrine me paraît avoir été le siége principal et pour laquelle on employa successivement huit saignées du bras et deux applications de sangsues, l'une à l'épigastre et l'autre à la vulve, bien cependant qu'aucun retard menstruel n'eût eu lieu. Deux nouvelles saignées furent encore pratiquées dans le courant d'octobre suivant, et sans qu'elles amenassent aucune amélioration dans l'état de santé de cette fille, qui déclare ne s'être jamais entièrement rétablie de l'affection précitée. Dans le courant d'août 1837, elle s'aperçut que son ventre devenait de plus en plus volumineux sans qu'aucune douleur abdominale eût précédé cet état pathologique. Jusque-là, les règles, qui, depuis la cessation de la lactation, avaient coulé régulièrement, se supprimèrent entièrement, et l'intu-

mescence abdominale fit chaque jour de nouveaux progrès. Dans le courant de décembre, la suffusion séreuse étant à son comble, cette malade se confia alors aux soins de son chirurgien qui lui prescrivit d'abord des diurétiques à l'intérieur et à l'extérieur, puis la décoction de cahinca, et qui, peu de temps après, voyant l'insuffisance de ces moyens, proposa la paracenthèse que cette malade n'accepta point, malgré les angoisses auxquelles elle était en proie. Ce fut dans les premiers jours de février 1838 qu'elle vint réclamer mes soins, et voici l'exposé de l'état dans lequel elle s'offrit à mon observation : abdomen excessivement volumineux ; face amaigrie, d'un pâle-terreux; caroncules lacrymales, lèvres et membrane muqueuse buccale décolorées; langue pâle, large et molle ; respiration courte, pénible, essouflée; sécheresse, sorte d'âpreté au toucher du tégument externe; pouls n'offrant rien de particulier à noter, si ce n'est un peu de faiblesse ; amaigrissement des membres pelviens, contrastant remarquablement avec le volume considérable d'un ventre dur, rénitent, dont les parois amincies, lisses, semblaient menacer de se rompre, tant elles étaient distendues par la suffusion séreuse péritonéale, dont l'existence, d'ailleurs, ne me parut plus pouvoir être mise en doute, après que la percussion pratiquée par les doigts réunis de l'une de mes mains, eût fait percevoir le flot du liquide à l'autre main placée convenablement; l'ombilic faisait une saillie volumineuse sur les parois abdominales, dans lesquelles se dessinaient en serpentant, des cordons veineux, d'une teinte bleuâtre. L'exploration pelvimétrique de l'abdomen, l'auscultation de la poitrine, ne me fournirent aucune donnée pathologique pour m'éclairer positivement sur l'étiologie de cette hydropisie. La malade se plaignait principalement de l'excessive distension de son ventre, de la gêne extrême qu'il lui causait pendant la respiration et la locomotion surtout, de son peu de sommeil, et d'un tiraillement douloureux dans la région lombaire. La miction était parfois accompagnée d'une ardeur fort importune; les urines étaient rares et d'un jaune-rougeâtre, mais elles ne contenaient point d'albumine, ce dont je me suis assuré par l'insufflation, la chaleur, l'alcool, l'acide nitrique : et d'ailleurs, il n'existait point d'infiltration cellulaire concomitante, etc. Au moment où j'allais prescrire à cette fille ascitique les moyens qui me paraissaient appropriés à sa position, mon oreille fut frappée par des bruits de grossesse que le commérage villageois faisait courir sur son compte, s'appuyant surtout sur la non-apparition des règles depuis longtemps, et sur les relations antécédentes dont j'ai parlé plus haut. Procédant alors à un nouvel examen, l'état du col utérin, l'impossibilité de développer le battement, l'auscultation soigneuse de l'abdomen, la flaccidité et le peu de développement des mamelles, me permirent de suite de démentir ces propos et ne m'arrêtèrent plus dans la prescription de mes moyens de traitement. Je fis prendre à cette malade 4 pilules hydragogues n° 1, le matin et autant le soir, et je lui conseillai pour tisane une décoction de 31 grammes d'écorce fraîche de sureau par chaque litre d'eau ; je la mis en même temps à un régime adoucissant et lacté, et je lui recommandai de serrer l'abdomen avec un bandage de corps, à mesure que cette partie perdrait de son volume. Pendant quinze jours de l'emploi de ces moyens, huit ou neuf selles liquides et copieuses eurent lieu toutes les vingt-quatre heures,

avec diminution dans le volume du ventre, ce dont on s'assurait chaque deux ou trois jours par la mensuration. Ces selles eurent lieu sans fatigue et sans perte d'appétit aucunes. Après ces quinze jours, la malade prit huit pilules le matin et huit le soir, pendant quinze jours encore; mais quand elle se trouvait un peu fatiguée, elle mettait un jour d'intervalle entre la prise de ses pilules. Le même nombre de selles en résultait constamment; seulement les dernières pilules n'ayant presque point produit d'effet, je prescrivis des pilules n° 2, et je fis prendre neuf de ces pilules le matin et neuf le soir, mais de deux jours l'un seulement. Des selles plus fréquentes et surtout plus copieuses furent le résultat de ces pilules plus actives. Après huit jours de leur emploi, la malade en augmenta la dose de trois de plus chaque fois, et elles produisirent 12, 15 à 20 selles en 24 heures. Mais après six jours de cette médication, l'appétit se perdit; la soif devint vive; des râles fatigants se manifestaient à tout instant. Je fis suspendre tout traitement. Deux jours après tout était rentré dans l'ordre ordinaire: l'appétit était revenu. Le 19 mars, la malade avait pris 316 pilules; le ventre était diminué des $^3/_4$, on le soutenait avec un bandage de corps, qu'on serrait à mesure, autant que cela se pouvait faire. Le 26 mars, la malade reprit son traitement : pilules n° 2, 10 le matin, 10 selles copieuses; 10 autres pilules le lendemain, 3 selles seulement. Deux jours après, 16 pilules ont été prises d'une fois et elles n'ont produit que six selles. Le 3 avril, la collection séreuse est entièrement dissipée; le ventre est même moins gros que dans l'état normal. Depuis lors, cette fille reprit chaque jour de nouvelles forces; ses règles reparurent après quatre mois de cette guérison, qui ne s'est point démentie depuis cette époque.

Je ne chercherai point à faire valoir ici les avantages du traitement dont je viens de parler, et auquel j'ai dû déjà de nombreux succès. Bien que très-énergiques, ces moyens jusqu'alors n'ont rien produit que d'heureux (on est même surpris de l'inocuité d'un traitement aussi actif). Je continuerai de recueillir, avec un grand soin, les observations des nouveaux malades que j'aurai à traiter. Je chercherai à déterminer avec précision quels sont les cas d'hydropisie où les purgatifs doivent être préférés aux autres moyens de traitement, et je serai heureux si, par suite, je puis adresser, à cette Société, des observations qui ne lui paraissent pas tout à fait indignes de fixer un instant sa bienveillante attention.

Pilules hydragogues n° 1.

℞ Scammonée d'Alep, ... 5 gramm. 21 centigramm.
Calomel pp. à la vapeur, . . 4 »
Pour 30 pilules.

Pilules hydragogues n° 2.

℞ Scammonée d'Alep,
Calomel pp. à la vapeur, de ãã 8 gramm.
Pour 36 pilules.

NÉVRALGIES FACIALES.

Parmi les nombreux moyens employés contre ces névralgies, l'extrait de belladone et la pommade de céruse ne sont pas les moins vantés. Il résulte de mon observation que ces moyens, employés isolément, sont loin d'avoir l'efficacité qu'ils ont acquise entre mes mains, depuis qu'il m'est venu dans la pensée de les réunir. Depuis dix ans que j'emploie la pommade suivante, contre ces maladies, elle m'a constamment procuré de prompts et d'inespérés succès :

℞ Cérat de Galien, ...	16	gramm.
Sous-carbonate de plomb, .	12	»
Extrait de belladone, . . .	4	»

P. S. L. une pommade.

Les frictions doivent être faites sur toute la partie douloureuse avec q. s. de cette pommade, et commencées trois heures avant le moment de l'apparition de l'accès : on les réitère d'heure en heure, et on les fait durer dix minutes chaque fois. Avant l'invasion de l'accès suivant, on enlève la pommade employée la veille, soit avec de l'eau de son, soit avec de l'eau de savon, et l'on recommence les frictions avec une nouvelle dose de pommade.

ULCÈRES ATONIQUES DES JAMBES.

Deux de ces ulcères qui avaient résisté à une foule de moyens, viennent de se cicatriser d'une manière si prompte, sous l'influence de pansements avec la pommade de tannate de plomb, placée sur des plumasseaux de ouate de coton, que je crois devoir le noter ici. Cette pommade deviendra peut-être un moyen précieux contre ces ulcères parfois si rebelles. Voici la formule que j'ai employée :

℞ Axonge, ...	31	gramm.
Tannate de plomb desséché, . . .	8	»

P. S. L.

ÉCORCE DE RACINE DE GRENADIER.

Les doses variées auxquelles l'écorce de racine de grenadier a été prescrite comme tænifuge, les différents modes de préparation et d'administration de ce médicament, le trop peu de compte que généralement on a tenu de la grande proportion de ligneux (un bon quart) que contient ordinairement cette écorce, telle qu'on la trouve dans le commerce, sont autant de circonstances susceptibles d'avoir fait varier le degré de confiance que l'on a accordée à cette substance. On ne doit donc pas trop s'étonner de ce que

si beaucoup de praticiens ont prôné bien haut les propriétés tænifuges de ce médicament, d'autres soient venus les leur contester fortement. Je me souviens, à cette occasion, que la première fois que je prescrivis de cette écorce, le pharmacien m'a singulièrement déconcerté, en me citant les insuccès de plusieurs docteurs de sa connaissance, d'après les prescriptions desquels il en avait préparé plusieurs décoctions du paquet même où il prenait celle que j'allais employer. Il ajouta encore que, peu de temps auparavant, aux sollicitations d'un de ces praticiens, il avait sacrifié pour le même usage, un superbe grenadier, auquel il tenait beaucoup, et que cette nouvelle tentative n'avait pas été plus fructueuse que les autres. Je fus plus heureux que ces confrères. Trois fois j'ai employé l'écorce de racine de grenadier, et trois fois son administration a été couronnée de succès.

Cette racine agit spécifiquement sur le tænia, et se comporte à l'égard des intestins, à la manière des purgatifs, en déterminant un plus ou moins grand nombre de selles. Mais la ténacité plus ou moins grande du ver, la plus ou moins grande impressionnabilité des malades, ne sont-elles donc point susceptibles de modifier quelquefois cette combinaison de propriété? Dans les trois cas où j'ai prescrit la racine de grenadier, une fois chez une personne d'une faible constitution et depuis longtemps malade, elle a déterminé des selles assez nombreuses. La seconde fois chez une personne plus forte, une dose plus forte aussi de cette racine, qui fut prise dans le même paquet, eut à peine un effet purgatif, et la troisième fois, 125 grammes de ce médicament ne déterminèrent que quelques selles seulement. Le praticien doit donc tenir compte de semblables circonstances, et varier les doses du remède, suivant le tempérament, la force, l'impressionnabilité plus ou moins grande de ses malades. Dans les trois cas où j'ai administré cette racine comme tænifuge, j'ai joint à ce médicament l'huile de palma christi, et je considère cette addition comme fort avantageuse; elle a été indispensable, du moins, dans ces trois cas, pour l'entière expulsion de ces entozoaires.

Voici la formule que j'ai employée :

	1er cas.	2e cas.	3e cas.
℞ Écorce de racine de grenadier sauvage,	75	95	124 gramm.
Faites macérer pendant 24 heures dans eau :	1 kilog.		

Faites bouillir à très-petit feu pendant deux heures. Abandonnez ensuite cette décoction dans un appartement un peu chaud, pendant quatre jours. Passez alors à travers un linge. Divisez en trois doses, que vous administrerez à une demi-heure d'intervalle, et si, une heure après la dernière dose, le tænia n'est point rendu en entier, administrez alors 75 ou 95 grammes d'huile de ricin. Je crois inutile de joindre mes observations à cet exposé. Je dirai seulement que mes malades ont fait diète la veille de ce traitement, et que le soir ils ont pris seulement une légère panade.

PORTE-PLUME-RÉDUCTEUR.

Je vais terminer aujourd'hui cette communication, en faisant connaître à cette Société, un moyen très-simple, de mon invention, à l'aide duquel l'adoption de la loi de 1837, sur le système métrique, n'offre plus la moindre difficulté pour les médecins ; je veux parler de mon porte-plume-réducteur.

C'est au moment où le médecin écrit son ordonnance, qu'il peut se trouver embarrassé pour convertir en décimales, les poids anciens dont il a l'habitude de se servir. J'ai pensé que rien alors ne pourrait lui être plus utile que de lui faire trouver sur la plume même, un guide sûr, qui garantisse tous ses actes de l'erreur, lui épargne l'embarras du calcul et le soustraie à ce sot et ridicule usage qui lui défend impérieusement de consulter publiquement un livre pendant l'exercice de ses fonctions. C'est cette pensée que j'ai réalisée avec bonheur, par l'invention du porte-plume-réducteur, que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à la bienveillante attention de cette Société, et qui déjà a obtenu les suffrages de tous les savants auxquels je l'ai fait connaître. Dans le courant de décembre 1837, j'ai adressé cet instrument à l'Académie royale de médecine de Paris et à la Société médicale d'Amiens. M. le Rédacteur du journal de médecine et de chirurgie pratiques en a fait un éloge, on ne peut plus grand, dans son numéro de février 1840 , et, ce qui me fait aujourd'hui parler de nouveau de cet instrument, ce sont les instructions toutes récentes de M. le ministre de l'Instruction publique, sur l'inobservation de la loi de 1837, de la part d'un grand nombre de médecins. C'est dans le but d'être utile à mes confrères et dans l'intérêt de la santé publique, que je vais répandre aujourd'hui mon porte-plume-réducteur plus que je ne l'ai fait alors, et j'espère qu'à l'avenir, on n'aura plus à déplorer d'accidents pareils à ceux que la presse a déjà signalés.

A l'aide du porte-plume-réducteur , la conversion légale des anciens poids est on ne peut plus simple et s'opère en un clin-d'œil, avec une précision parfaite : il suffit de faire glisser les ouvertures inférieures de l'hexagone métallique sur les valeurs dont on a besoin, pour de suite apercevoir leur réduction en décimales par celles qui sont pratiquées plus haut. Les colonnes de ces instruments réduisent depuis dix livres jusqu'à un seizième de grain. Les chiffres plus élevés que ceux portés en nos formules, seront utiles aux praticiens qui, usant du droit que la loi leur accorde de fournir des médicaments à leurs malades, ont besoin, par cela même, de faire aux droguistes des demandes plus ou moins fortes; et ceux des colonnes des grains et des fractions de grain , permettront aux médecins de manier, comme ils le jugeront à propos, tous les médicaments énergiques nécessités par les maladies des adultes et par celles des enfants. C'est surtout pour la conversion en décimales des doses de ces agents thérapeutiques, qui sont de violents poisons , que les praticiens ne doivent jamais perdre de vue , qu'un seul moment de préoccupation peut mettre en défaut la mémoire la

plus heureuse, et devenir ainsi la source d'erreurs graves, qu'ils éviteront toujours par l'emploi du porte-plume-réducteur que je leur offre.

La colonne des fractions de grain est certainement indispensable pour formuler les préparations actives dans lesquelles n'entre que quelque minime fraction de vératrine, de nitrate d'argent, de proto-hydro-chlorate d'or, d'iode et d'iodure de potassium, de phosphore, d'arséniate de potasse, etc., etc., etc. Cette colonne sera très-agréable encore et aux praticiens qui, dans leurs observations, rendent compte à leurs confrères de l'effet que produisent les médicaments actifs à doses ainsi fractionnées, et à ceux, en assez grand nombre, qui ont l'habitude, en formulant une plus ou moins grande quantité de pilules, etc., de n'en doser qu'une, et de demander que les autres soient préparées de même.

La colonne des scrupules ne s'étendait pas plus loin d'abord, qu'à trois scrupules, puisque trois scrupules forment 72 grains et qu'il m'avait semblé qu'on pouvait alors chercher, dans la colonne du gros, la valeur dont on avait besoin ; mais en consultant plusieurs formulaires, en voyant les formules de M. Lugal pour bains iodurés pour les enfants, dont le n° 4 contient huit scrupules d'iodure de potassium, j'ai dû étendre davantage cette colonne. En somme, cet instrument étant destiné à traduire à l'instant même en décimales, les doses des formules et de la potologie médicales, j'ai mieux aimé le charger de quelques chiffres de plus, qui d'ailleurs ne le compliquent aucunement, que de le laisser moins complet et de lui faire manquer son but, qui est de satisfaire aux nombreuses exigences de la thérapeutique et aux habitudes de tous les praticiens.

Dans mon calcul de réduction, j'ai négligé les fractions tant qu'elles n'ont pas dépassé 50, mais, passé ce nombre, j'ai constamment ajouté un de plus. J'ai cherché ainsi à me rapprocher le plus possible de la valeur exacte, et je me suis conformé d'ailleurs à un principe d'arithmétique généralement connu.

Je me suis abstenu pour mon porte-plume-réducteur, de deux dénominations du système métrique décimal, qui me paraissent devoir être à toujours bannies du langage médical potologique, ce sont les mots *décagramme* et *décigramme,* à l'égard desquels un seul moment d'inattention de la part, soit du médecin, soit du pharmacien, peut devenir la cause d'accidents extrêmement graves. Néanmoins, si, en se servant de mon porte-plume comme de tout autre réducteur, certains praticiens veulent convertir les grammes en décagrammes, les centigrammes en décigrammes et les milligrammes en centigrammes, ils n'auront qu'à séparer le dernier chiffre de celui ou de ceux qui le précèdent, ce dernier chiffre sera alors un ou plusieurs grammes, un ou plusieurs centigrammes, un ou plusieurs milligrammes. Exemples: 3,1 grammes, 3 décagrammes 1 gramme; 12,5 grammes, 12 décagrammes 5 grammes; 1,5 centigrammes, 1 décigramme 5 centigrammes; 1,3 milligrammes, 1 centigramme 3 milligrammes; 2,7 milligrammes, 2 centigrammes 7 milligrammes, etc.

Je m'occupe en ce moment d'un nouveau porte-plume, qui sera aussi très-utile aux praticiens pour le dosage des médicaments les plus journellement employés, et principalement pour celui des substances vénéneuses. Cet instrument sera confectionné sur le modèle de celui dont je viens de

parler. Seulement les divisions de l'ancienne livre, qui en disparaîtront entièrement, seront remplacées par les noms d'agents thérapeutiques, dont les doses seront indiquées en décimales par les ouvertures supérieures de la tige métallique. Ce porte-plume offrira, en outre, le précieux avantage (et sans que cela le complique aucunement) de préciser à l'instant les doses médicamentaires qui doivent être prescrites depuis la première année de la naissance jusqu'à l'âge adulte. Si cet instrument peut être agréable à l'illustre Société, à la savante appréciation de laquelle je viens de soumettre ce Compte-Rendu, je me ferai un grand plaisir de le lui adresser aussitôt que j'en aurai à ma disposition.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Messieurs,

Après avoir établi la nécessité de baser nos études médicales sur l'observation exacte des faits, l'auteur commence son travail par le seigle ergoté dont les propriétés délétères sont connues, dit-il, de temps immémorial, et dont les vertus obstétricales, découvertes depuis moins longtemps, sont confirmées de nos jours par une foule d'observations dont la véracité ne peut être mise en doute. Mais jusqu'ici, continue-t-il, la nature de cette production est restée un sujet de recherches et a laissé, dans cette partie de la science, une lacune qu'il va bientôt pouvoir combler. Après avoir passé en revue les opinions de Vauquelin, Virey, Paulet, Decandolle et de Leveillé neveu, sur la formation de l'ergot, l'auteur expose la sienne de la manière suivante : « Les grains qui doivent se convertir en ergot, se ramollissent, » deviennent d'une extrême friabilité, subissent une sorte de fermentation » et exhalent une odeur nauséeuse fort désagréable, surtout quand on les » écrase entre les doigts. La surface extérieure de ces grains est sillonnée » en différents sens par de nombreuses et fines crevasses, à travers lesquelles » exsude une liqueur visqueuse, blanchâtre, sucrée, de consistance siru- » peuse, qui s'amasse, plus ou moins abondante, à leur partie supérieure, » s'épanche au dehors et agglutine alors toutes les parties de la fleur.... » Si l'on écrase le grain d'où elle exsude...., on voit que le périsperme » est détruit partout, excepté à la partie supérieure ... La surface exté- » rieure du grain malade présente d'abord une couleur blanchâtre, sou- » vent d'un plus beau blanc à la partie supérieure, qui offre aussi plus de » consistance, sans doute à cause de la présence de la portion non détruite » du périsperme; mais peu à peu cette substance devient jaunâtre et bientôt

(1) MM. Leroy et Lequime, *Commissaires;* A. J. Daumerie, M. D., *Rapporteur.*

» l'on s'aperçoit que le grain brunit à sa partie inférieure. Cette partie, qui » toujours prend la première la couleur connue de l'ergot, devient en » même temps plus consistante et n'offre plus à l'observation les nombreu- » ses gerçures que l'on y avait constatées et qu'on remarque encore sur la » partie blanchâtre ou jaunâtre qui la surmonte et qui bientôt elle-même » prendra aussi la couleur noirâtre, deviendra plus ferme, offrira une sur- » face plus unie et cessera, à son tour, d'être sillonnée par ces sortes » d'ondulations qu'un observateur a comparées aux circonvolutions céré- » brales. En même temps que ces différents changements s'opèrent, le » grain s'allonge chaque jour davantage, bientôt il sort de la glume, il » acquiert alors, et assez promptement, tout l'accroissement qu'il doit avoir, » et nous le voyons avec tous les caractères que nous lui connaissons. »

Il est peu de productions naturelles qui aient donné lieu à plus d'écrits que le seigle ergoté. Depuis Ray, l'un des premiers auteurs systématiques en botanique, qui, en 1741, établit dans son *Historia plantarum*, que l'ergot était le résultat de la piqûre des insectes, jusqu'à l'auteur de la note qui vous est soumise et qui le considère comme le résultat d'une maladie du grain qui aurait son siége principal dans le périsperme (endosperme, Rich.), tous les naturalistes observateurs qui se sont occupés de cette production végétale, ont émis des opinions qui varient sur les causes qui la produisent.

Quand on réfléchit au préjudice que porte aux cultivateurs le seigle ergoté, et aux maladies attribuées à tort ou à raison par sa présence dans le pain, nous ne devons pas nous étonner si cette production a dû occuper un grand nombre de savants.

Nous nous dispenserons de rappeler ici les opinions émises à ce sujet, depuis Ray ; mais nous signalerons comme y ayant apporté une grande lumière, l'intéressant mémoire de M. Leveillé qui a paru en 1827, dans le cahier de janvier, des Annales de la Société Linnéenne de Paris.

Ce naturaliste distingué a suivi toutes les phases du développement de cette production depuis le commencement de sa formation ; il rapporte la plus grande partie des faits qu'a observés après lui M. Debourge, et comme ce dernier, M. Vauquelin avait observé que le seigle ergoté ne contient point de fécule.

M. Leveillé, par l'ensemble de ses observations, ainsi que celles de M. Simonnet et d'autres observateurs, a été conduit à le considérer comme un produit dû à la présence d'un champignon qu'il a nommé *sphacelia segetum*, qui prend naissance dans l'intérieur des glumes et occupe le même point que l'ovaire. La plupart des naturalistes partagent l'opinion de M. Leveillé et au nombre desquels se trouve un de vos honorables collègues, aussi savant que modeste, M. Kickx, professeur à l'Université de Gand. Voici comment il s'exprime dans son intéressant ouvrage, intitulé : *Flore cryptogamique des environs de Louvain*, année 1835, page 135.

« Nous croyons, avec M. Leveillé, que l'ergot n'est que l'ovaire des grami- » nées, altéré et allongé ; nous reconnaissons aussi que cette altération est » causée par le champignon qu'il appelle *sphacelia segetum* ; mais ce » champignon ne s'est pas offert à nous tel que l'auteur le décrit, et nous » avons besoin de nouvelles recherches pour fixer notre opinion sur la

» place qu'il doit occuper dans la série cryptogamique. Quiconque connaît
» les consciencieuses observations de M. Kickx sera convaincu et n'hésitera
» pas à partager son opinion. »

Tandis que M. Debourge, auteur de la note qui vous a été communiquée, considère le produit comme une dégénérescence occasionnée par une maladie du grain ; et ce que M. Leveillé prend pour un champignon, M. Debourge, par l'ensemble des caractères qu'il présente, le considère comme ne devant point être autre chose que la portion non détruite du périsperme (endosperme, Rich.) et l'amas plus ou moins abondant d'une liqueur visqueuse qui exsude.

Au milieu de ce conflit d'opinions différentes, il est assez embarrassant de se décider ; nous croyons que de nouvelles recherches ne seraient pas sans importance.

Nous regrettons de ne pas avoir connaissance du résumé des premières recherches de l'auteur qu'il dit avoir communiquées à l'Académie royale de médecine de Paris et à la Société de médecine d'Amiens. Il est aussi à regretter que l'auteur soit tombé malade pendant la floraison du seigle ; il a perdu ainsi l'occasion favorable de pouvoir saisir les faits qui accompagnent les premiers développements de l'ergot.

HYDROPISIES.

Le docteur Debourge a obtenu de si bons effets des pilules drastiques dans le traitement des hydropisies indépendantes d'un vice organique, qu'il croit devoir signaler ce fait à la Société, et rapporter une observation, choisie parmi beaucoup d'autres, à l'appui de ses allégations. Voici la formule de ses pilules :

N° 1.

Scammonée d'Alep, 5 grammes 21 centigrammes (℈iv).
Calomel pp. à la vapeur, 4 grammes (ʒi).

pour 30 pilules. — La dose est de 4 à 8, deux fois par jour.

Chaque pilule contient deux grains de calomel.

N° 2.

Scammonée d'Alep.
Calomel pp. à la vapeur, āā 8 grammes (ʒij)

pour 36 pilules. — La malade en prenait 18 par jour, en laissant un jour de repos. Chaque pilule renfermait 3 1/3 de grain de calomel ; ce qui équivalait à 60 grains pour chaque jour de prise. Une chose doit vous étonner, Messieurs, c'est qu'une dose aussi forte de calomel ait pu être ingérée pendant plusieurs jours, sans amener ni salivation, ni irritation intense du tube gastro-intestinal. Notre conviction a peine à se prêter à ces tours de force extraordinaires. L'auteur joignait à son traitement la décoction d'une

once d'écorce de sureau. Cette addition n'était pas dénuée d'énergie ; car cette écorce possède une vertu éméto-cathartique très-prononcée, et je l'ai vu agir très-vivement dans l'hydropisie ; je vais vous citer à quelle occasion: dans le Hainaut, où je fis mes premières armes médicales, il existait une femme nonagénaire que l'on disait posséder un véritable spécifique pour combattre l'hydropisie : j'avais vu administrer ce médicament sans en connaître la composition, et les malades évacuer par le rectum jusques à un grand sceau de sérosité. Cette vieille femme, dont j'étais le médecin, finit, après des instances réitérées de ma part, à me faire connaître son fameux arcane : c'était une à deux onces de suc de la seconde écorce de sureau étendue dans autant de vin blanc.

Tout en accordant aux drastiques et aux mercuriaux des vertus antihydropiques, nous croyons devoir également vous signaler, Messieurs, une composition à l'aide de laquelle nous avons fait des cures étonnantes; elle est d'une administration facile et sans danger. C'est le docteur François, de Mons, aujourd'hui professeur à Louvain, qui la publia dans la *Bibliothèque belge*, en 1824, nous pensons, et qui fit connaître les bons effets qu'il en avait obtenus; voici cette composition :

℞	Cremor. tartar. solubil.	gr. xij,
	Nitrat. potass.	gr. vi,
	Pulv. folior. digit. purpur.	gr. i.

Répétée six fois en 24 heures.

NÉVRALGIES FACIALES.

L'auteur dit avoir obtenu des effets surprenants de la réunion du sous-carbonate de plomb à l'extrait de belladone pour combattre ces maladies; voici sa formule :

℞	Cérat de Galien,	16 grammes (℥s),
	Sous-carbonate de plomb,	12 grammes (ʒiij),
	Extrait de belladone,	4 grammes (ʒi),

Pour frictionner la région souffrante.

Les allégations de l'auteur établissent ce que nous connaissions en partie, les succès de la belladone contre les névralgies ; mais nous ignorions que les préparations de plomb ajoutassent à ses propriétés.

ULCÈRES ATONIQUES DES JAMBES.

La pommade qui suit a guéri, dit le docteur Debourge, avec la plus grande promptitude, deux ulcères qui avaient résisté à une foule de moyens :

℞	Axonge,	31 grammes (℥i),
	Tannate de plomb desséché,	8 grammes (ʒij).

Ce moyen, pensons-nous, peut-être tenté au besoin, réuni à la compression et quelquefois aux médicaments dits spécifiques.

ÉCORCE DE RACINE DE GRENADIER.

L'action de cette racine variant, dit l'auteur, d'après une foule de circonstances, il convient, en l'administrant, de prendre ces circonstances en considération et de joindre à cette racine l'huile de ricin.

PORTE-PLUME-RÉDUCTEUR.

C'est un objet d'application du docteur Debourge, qui a pour but de mettre sous les yeux du praticien les anciens poids en regard avec les nouveaux. Cette découverte assez ingénieuse, peut faire éviter de graves erreurs. Elle a reçu la sanction de l'Académie royale de Paris et de la Société médicale d'Amiens. Il s'occupe encore, en ce moment, d'un nouveau porte-plume confectionné sur le modèle de celui que nous avons sous les yeux ; seulement les divisions de l'ancienne livre seront remplacées par les noms d'agents thérapeutiques dont les doses seront indiquées en décimales par les ouvertures supérieures de la tige métallique. L'auteur nous fait l'offre de nous en envoyer un.

Résumons-nous, Messieurs, et disons que le mémoire du docteur Debourge n'est pas dénué d'une certaine élégance, envisagé sous le rapport du style, bien qu'on puisse reprocher peut-être à l'auteur un peu trop de prolixité. *Au fond*, le paragraphe relatif au seigle ergoté, offre de l'intérêt du chef des recherches faites sur le développement morbide ou anormal connu sous le nom d'ergot. Les paragraphes concernant les hydropisies, les névralgies faciales et l'écorce de grenadier, viennent à l'appui d'autres faits que nous connaissons et qu'ils corroborent; nous dirons la même chose à peu près de l'article consacré aux ulcères atoniques. Celui dans lequel se trouve la description de son porte-plume-réducteur, dénote, chez son inventeur, du génie, de la précision et le désir d'être utile.

Nous avons l'honneur de vous proposer, Messieurs, d'ordonner l'impression du mémoire dans nos Annales, et d'accorder à son auteur le titre de membre correspondant.

Bruxelles, le 27 février 1842.

RAPPORT

SUR LES

MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE,

Présentés à la Société, par le docteur KERST,
Chirurgien-major, attaché au grand Hôpital d'instruction d'Utrecht.

Dans cet ouvrage, où se trouvent consignés un grand nombre de faits pratiques, nous choisirons un cas curieux d'inflammation de l'oreille, qui a entraîné la mort du malade.

Le sujet de cette observation est un soldat d'infanterie, né dans la province de Groningen, de l'âge de 29 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, dont les parents n'ont jamais eu de maladies graves.

Après avoir constamment joui d'une bonne santé, ce n'est qu'en mars 1833, qu'ayant été obligé de passer la nuit au grand air, il se réveilla en accusant une sensation douloureuse accompagnée de bourdonnements dans l'oreille droite, qui donna issue à une certaine quantité de liquide.

Cet écoulement fut supprimé incontinent par l'introduction, dans le conduit auditif, d'ouate imbibée d'huile.

En 1834 (janvier), ce malade ayant été obligé de se rendre dans la province du Brabant septentrional, l'otalgie s'accrut de plus en plus : pour la combattre, on employa successivement des injections émollientes, des sangsues, moyens qui tempérèrent l'acuité de la douleur : mais en juin l'écoulement reparut, et le mal devint intolérable. C'est alors que le malade s'aperçut que l'ouïe était notablement diminuée du côté droit.

On jugea alors nécessaire de le diriger sur l'hôpital d'Utrecht; on y reconnut que le conduit auditif était presque oblitéré et ne permettait pas d'y insinuer la sonde : le médecin diagnostiqua une otorrhée : à cette époque, la matière écoulée de l'oreille, était ichoreuse, la douleur, interne et s'irradiant sur la partie supérieure de l'oreille, ainsi que sur la moitié droite de l'occipital.

On appliqua des sangsues.

Le 30 novembre, le pouls est petit et donne 63 pulsations par minute.

Le 1er décembre, on s'aperçoit qu'une matière verdâtre s'écoule de l'oreille gauche.

On renouvelle l'application des sangsues, et l'on prescrit le calomelas.

Le 6, le malade accuse une douleur générale dans la tête, surtout au-dessus des yeux, et dans la partie postérieure de la tête. Le pouls est petit, dur; on compte 95 pulsations par minute; la langue est sèche; la soif intense.

Le 7, la face est enflammée; les yeux étincelants; il y a 101 pulsations;

quatre selles liquides pendant la nuit; on prescrit un demi-grain d'acétate de morphine, à prendre de deux en deux heures.

Le 8, le malade est frappé de surdité; le facies est plombé et grippé.

On cesse l'emploi de l'acétate de morphine; on y substitue une potion gommeuse.

Le 11, douleur aiguë au-dessus de l'oreille gauche et à la partie antérieure de la tête. On applique un séton à la nuque.

Le 12, le malade appuie péniblement la tête sur les genoux; il se plaint de douleurs lancinantes dans la tête, surtout du côté droit.

Le 13, anxiété extrême, suivie de la mort.

Autopsie.

Le conduit auditif est recouvert, dans toute sa longueur, d'une matière très-dense; la dure-mère, du côté droit, est ulcérée dans l'étendue d'un centime.

En incisant le pont de Varole, il s'en écoule une matière tenue, grisâtre; la membrane du tympan est perforée; les osselets de l'ouïe sont détruits. Malgré les recherches les plus minutieuses, il a été impossible de découvrir la moindre trace de kyste dans le cerveau.

Parmi les autres observations renfermées dans l'ouvrage de M. le docteur Kerst, nous signalerons les mémoires suivants : savoir : sur une myélite; — sur une hydrocèle congénitale; — sur une extirpation de l'os cuboïde, etc.

Nous avons l'honneur de proposer à la Société de conférer à l'auteur, le titre de membre correspondant.

Dr Meisser.

Société de médecine d'Anvers.

ÉTUDES

SUR LA SYPHILIS;

Par le docteur J. JAQUES, membre de plusieurs Sociétés savantes.

L'étude de la syphilis a été tellement cultivée depuis quelque temps, qu'elle forme pour ainsi dire, à elle seule, une science toute séparée. Son terrain est immense et l'appréciation des faits y est tellement difficile, que tous les jours, encore, on voit détruire et proclamer les erreurs comme les vérités. Rien qu'à comparer les ouvrages qui traitent de la syphilis, on est frappé de l'espace immense qui sépare encore les syphilographes modernes, et on admire cependant les résultats positifs auxquels ils sont parvenus. Cette divergence d'opinions est surtout à noter pour les questions de l'utilité ou du danger de l'inoculation du virus vénérien, et des inconvénients de la cautérisation de l'ulcère vénérien primitif.

Je vais exposer quelques réflexions sur ces questions, qui font le sujet spécial de ce travail.

Depuis Alexandre Benedictus qui fut le premier à reconnaître l'existence d'une cause spécifique pour la propagation du mal vénérien, la question de l'existence du virus syphilitique a été différemment appréciée. Quelques auteurs, assez recommandables d'ailleurs, ont opposé l'incertitude des résultats de la contagion et de l'inoculation, à l'expérience et à la conviction d'un grand nombre de praticiens, qui basaient leur opinion sur des faits positifs de pathologie, et sur les expériences d'inoculation répétées avec tant d'exactitude depuis le célèbre Hunter. Les résultats négatifs que Bru avait obtenus, par l'inoculation avec le pus de différents accidents syphilitiques, ont peut-être été cause que Jourdan, Richond des Brus, Evans, etc., n'ont pas été plus heureux dans leurs conclusions, lorsqu'ils nient l'existence d'un virus syphilitique. Les expériences que ces Messieurs ont faites pour se convaincre, paraissent effectivement conduire à cette conclusion; mais lorsqu'on les médite sans prévention et qu'on les compare aux résultats que M. Ricord a obtenus par l'inoculation, on s'explique parfaitement les résultats en apparence contraires à l'existence du virus, comme étant les

plus propres à prouver son action dans le mode de propagation des accidents vénériens.

Aujourd'hui, on peut le dire, l'existence du virus syphilitique est définitivement jugée; et, bien que certaines questions mal comprises et quelques expériences mal appréciées aient fait planer un doute sur ce point, on ne peut plus s'opposer aux raisonnements consignés par plusieurs auteurs, aux faits établis par l'expérience et surtout aux résultats de l'inoculation : on doit conclure à l'existence d'une cause constante, qui est invariable par son résultat, la contagion; mais qui diffère dans ses phénomènes, et à laquelle est due, non l'origine, mais la contagion des accidents syphilitiques. Que cette cause soit désignée par le nom de virus, mode, forme ou principe délétère syphilitique, peu importe, le résultat est là, son effet est constant. Il est néanmoins rationnel d'admettre en général que le pus est le véhicule du principe contagieux. Pour le chancre et le bubon chancreux, cette assertion n'est plus douteuse; les expériences répétées de MM. Ricord et Baumès, de Lyon, ont prouvé qu'à certaine époque et sous de certaines conditions, ce pus produit constamment, par son inoculation, la pustule caractéristique du chancre. Comme le pus syphilitique ne présente en général aucun ensemble de circonstances physiques ou chimiques qui le différencie de celui fourni par d'autres maladies, il est même assez juste d'admettre avec M. Baumès, que le virus est le pus lui-même, sécrété à la surface syphilitisée. Cet auteur fait observer, à ce sujet, que l'hypothèse séduisante de M. Donné ne mérite pas de réfutation, qu'elle est contraire aux faits positifs de l'inoculation, ainsi qu'aux résultats microscopiques offerts par M. Gottlieb Gluge.

Il est réellement surprenant d'entendre dire aujourd'hui encore, par des médecins, d'un mérite incontestable d'ailleurs, que les maladies syphilitiques sont des résultats de l'irritation, qu'il n'y a point de virus, et que, dans la marche ordinaire de ces affections, l'absorption du pus n'a pas lieu. Ils ne craignent même pas de rejeter entièrement l'absorption pour expliquer la production des accidents syphilitiques. Puis ils s'écrient tout solennellement: « La lutte imaginaire du mercure et du virus, exercée aux dépens du corps de l'homme, n'était plus qu'un épisode tombé dans l'oubli, voudrait-on faire revivre cette théorie absurde? » et, après tout, leur réforme consiste à faire revivre la théorie de Bru et à proclamer l'existence d'une forme syphilitique.

De l'utilité de l'inoculation du virus vénérien.

En parcourant l'ouvrage de M. Ricord, on est réellement frappé d'admiration pour les résultats qu'une étude approfondie fait découvrir dans un grand nombre de faits et d'expériences que cet auteur a établis. Oui, ces expériences ont définitivement prouvé l'existence d'un principe contagieux. Elles ont donné le moyen de reconnaître souvent la nature syphilitique d'un accident; mais elles n'ont point fourni un moyen de diagnostic certain et constant, comme M. Ricord semble l'admettre.

En effet, ce n'est que pendant la période de progrès, que les ulcérations vénériennes primitives fournissent le pus inoculable. Une fois cette période passée, l'infection générale peut avoir lieu, d'après l'assertion même de M. Ricord; l'ulcère virulent s'est transformé sur place en ulcère simple, et l'inoculation ne fournit plus de résultat. Or, la période de progrès est tellement variable qu'un chancre peut fournir le pus inoculable, depuis quelques jours jusqu'à un an et plus. Cette période n'est même pas uniforme pour toute l'étendue de l'ulcère vénérien, et quelquefois le chancre fournit dans une partie de son étendue le pus inoculable, tandis que le pus pris sur une autre partie de sa surface, ne produit point de résultat à l'inoculation. Ces faits sont constants et bien établis. Il en résulte, que l'inoculation ne peut faire connaître la nature syphilitique d'un ulcère primitif, que lorsque le malade se présente dans les circonstances favorables à la réussite de cette opération.

Quelquefois la période de progrès ou d'ulcération ne dure que peu de jours, et le malade ne se présente au médecin, qu'alors que la période de réparation a commencé. D'autres fois, le pus étant pris à un endroit de l'ulcère où il n'est plus inoculable, l'inoculation sera également sans succès. Dans l'un et l'autre cas, la non-réussite de l'inoculation ne prouve point la nature non-syphilitique de l'ulcère; et comme les signes distinctifs entre la période de progrès et celle d'ulcération ne paraissent pas bien établis, cette non-réussite doit fournir une fausse sécurité au praticien, et peut devenir préjudiciable au malade. Car au fait, que signifie l'état d'induration du chancre que M. Ricord regarde comme une preuve incontestable que l'empoisonnement existe ou va se faire. N'avons-nous pas dans les annales de la science, une foule de faits qui prouvent que des ulcères syphilitiques simples, non Huntériens, et sans induration à leur base, ont donné lieu à la syphilis constitutionnelle. Parmi les nombreuses observations citées dans l'excellent ouvrage de M. Baumès de Lyon, je prendrai seulement le cas d'une jeune mariée, qui contracta de son mari, atteint d'une ulcération syphilitique caractérisée au filet, un chancre enflammé, superficiel, de forme phagédénique, sans induration à sa base, qu'on pansa avec le cérat opiacé, en prescrivant en même temps une décoction d'orge avec la liqueur de Van Swieten. Au huitième jour, cette dame gagna un ulcère à fond grisâtre, à bords rouges-foncés, comme taillés à pic, sur l'amygdale gauche, avec inflammation des parties voisines. Dès lors le chancre qui avait son siége aux grandes lèvres et qui paraissait devoir durer assez longtemps, s'améliora rapidement et fut guéri en peu de jours; mais il se présenta avec le chancre de l'amygdale, une syphilide maculeuse sur les extrémités inférieures. La malade fut guérie par les pilules de Dupuytren, les bains de sublimé et les gargarismes adoucissants.

L'induration du chancre n'a donc aucune portée diagnostique ou prognostique, et la conclusion que M. Ricord en a tirée, peut devenir dangereuse, en ce sens qu'elle peut faire administrer le mercure pour un ulcère non-syphilitique et induré, tandis qu'elle écarte l'utilité du traitement général pour le chancre non-induré, qui donne cependant si souvent lieu à la syphilis constitutionnelle. La théorie, d'ailleurs, refuse d'admettre cette prétendue coïncidence entre la formation de l'induration du chancre et

l'absorption du virus syphilitique. Aussi observe-t-on en général, lorsqu'un chancre existe sur le prépuce, que l'induration se déclare plus facilement et qu'elle arrive presque toujours à un haut degré, en bien moins de temps que lorsque le chancre siége sur un tout autre endroit. Toute cause irritante développe, du reste, cette induration, et cela prouve suffisamment qu'elle ne reconnaît pas toujours pour cause, un commencement d'infection syphilitique générale. Enfin, la science ne donne-t-elle pas des symptômes assez caractéristiques pour reconnaître les ulcères syphilitiques primitifs qui sont accessibles à la vue, d'une manière sinon certaine, au moins probable; et l'administration méthodique du mercure dans l'incertitude, peut-elle donc exposer à des conséquences aussi graves qu'on veut bien le prétendre ?

Le muco-pus de la blennorrhagie ne s'inocule avec production de la pustule caractéristique que lorsqu'il y a un chancre dans le canal de l'urètre. Les expériences de M. Ricord et autres prouvent la vérité de cette assertion ; et bien que l'on n'ait pas constaté l'existence du chancre toutes les fois que l'inoculation a réussi, l'admission de cette proposition ne donne aucune certitude pour former le diagnostic. En effet, le chancre larvé, pas plus qu'un autre, ne s'inocule que pendant sa période de progrès, et il est bien rare que le malade se présente au praticien en temps opportun, pour faire l'inoculation avec résultat. Cette remarque est d'autant plus juste que la blennorrhagie qui dépend d'un chancre larvé, est ordinairement peu douloureuse, et que l'écoulement est si peu abondant dans le commencement, que la maladie n'attire l'attention que lorsqu'elle a déjà plusieurs jours de durée. Supposons même que le médecin soit consulté dès le début de l'affection, oserait-il commencer par une inoculation, les soins que le malade réclame de lui, surtout alors qu'il est prouvé que l'existence d'un chancre est si rare dans le canal de l'urètre. Le plus souvent donc, l'à-propos de l'inoculation sera passé avant qu'elle ne soit pratiquée, le résultat de l'inoculation sera nul, et il existera cependant un chancre dans le canal. Le mal exigera ainsi un traitement que l'inoculation aura déclaré inutile. Le mal pourra développer une affection constitutionnelle dont l'inoculation aura nié la possibilité. Il est encore à remarquer que nous ne pouvons pas distinguer à la vue le pus produit par le chancre, de celui qui provient d'une autre partie de la muqueuse urétrale. Il peut arriver que le pus qu'on recueillera sur la lancette pour inoculer, ne soit pas mêlé d'une partie de celui qui provient du chancre, et alors l'inoculation sera nécessairement pratiquée sans résultat, absolument comme lorsqu'on inocule avec le pus superficiel du bubon. De ce qui précède, il résulte que dans tous les cas le résultat positif de l'inoculation peut seul avoir une portée diagnostique, tandis que le résultat négatif, non-seulement n'apprend rien, mais peut exposer à des conséquences graves et fâcheuses pour le malade.

Ici se présente naturellement une autre question à notre examen. Est-il bien prouvé que la blennorrhagie ne puisse être de nature syphilitique sans l'existence d'un chancre dans le canal de l'urètre, et Antoine Dubois a-t-il eu raison de le dire, « Si tu as un chancre dans le canal, tu as la vérole, mais si tu n'as pas de chancre dans le canal, tu n'as pas la vérole, va-t-en! » Enfin peut-on admettre, avec M. Ricord, que toute blennorrhagie soumise

à l'inoculation dans ses différentes phases, sans donner de résultat, constitue une affection simple et incapable de donner la syphilis ? L'examen de cette proposition est du plus haut intérêt pour la thérapeutique, et elle a un rapport direct avec le sujet qui nous occupe.

Nous avons déjà vu combien le résultat de l'inoculation est incertain alors même qu'il existe un chancre dans le canal de l'urètre. Voyons donc si la blennorrhagie simple peut être syphilitique, si elle peut donner lieu à la manifestation de la syphilis constitutionnelle, alors qu'elle n'est pas compliquée de l'existence d'un chancre.

D'abord, bien des causes, autres que le principe contagieux, peuvent produire la blennorrhagie ; telles sont : l'usage de certaines boissons, un refroidissement, une disposition rhumatismale. Le coït avec une femme lorsqu'elle a ses règles, peut également produire cet écoulement. M. Larger a même vu dans le corps d'armée auquel il appartenait en Algérie, un grand nombre d'urétrites se déclarer, soit chez les officiers, soit chez les soldats, à une époque où depuis plusieurs mois ces militaires n'avaient eu aucune communication avec les populations. Ces écoulements ne pouvaient donc pas être de nature syphilitique. Ils n'avaient, du reste, pas beaucoup d'intensité et ne se prolongeaient guère au-delà de quelques jours. M. Larger attribue cette affection à l'usage que firent les troupes, à cette époque, de la chair de grenouilles. Enfin, les personnes atteintes de rétrécissements du canal de l'urètre ont presque toujours, lorsque le rétrécissement est plus ou moins ancien, un écoulement qui ne se communique pas par le coït.

Les différentes espèces d'urétrites ou d'écoulements dont nous venons de parler, ne sont pas contagieuses, c'est-à-dire, ne se communiquent pas successivement à deux ou trois personnes avec des caractères semblables. Le caractère fondamental de la véritable blennorrhagie, au contraire, est la contagion bien établie. Pour preuve de ceci, on remarque assez souvent des faits comme celui cité par M. Baumès, de Lyon. Un mari, par des rapports avec son épouse, pendant qu'elle a ses règles, contracte, trois jours après, un écoulement blanchâtre, peu épais, avec de légères cuissons en urinant et qui dure cinq à six jours. Il voit, dans cet état, une autre femme sans lui communiquer la maladie. Il revoit sa femme lorsqu'elle n'a plus ses règles, et elle n'éprouve rien. Quelques jours après, ce mari contracte, dans ses rapports avec une fille publique, un écoulement qui dure pendant vingt-huit jours avec tous les symptômes ordinaires d'une blennorrhagie, mais sans grande douleur ni forte inflammation. Il prend des tisanes adoucissantes. Le trentième jour, il n'a plus qu'un suintement et il se croit guéri. Il a des rapports avec son épouse et sa maîtresse, qui gagnent toutes les deux une chaude-pisse, que la dernière fait passer à un jeune homme qu'elle voyait de temps en temps.

Ces observations ne sont pas très-rares, et je connais plusieurs personnes atteintes d'urétrites simples, rhumatismales ou autres, qui ont des rapports continuels avec leurs femmes, sans jamais leur communiquer quelque maladie. C'est ainsi que j'ai été consulté par un capitaine de navire qui était depuis longtemps atteint d'un écoulement qui s'arrêtait dès qu'il entrait en mer, et qui reparaissait constamment lorsqu'il était pendant quelques jours à terre, sans doute sous l'influence du régime. Il n'a jamais communiqué

cet écoulement aux femmes avec lesquelles il avait des rapports sexuels, tandis qu'un jour exerçant le coït avec une femme publique, il contracta une chaude-pisse qu'il communiqua plus tard à son épouse.

Une autre observation beaucoup plus concluante est également citée par M. Baumès de Lyon, c'est celle d'un homme atteint, par une disposition héréditaire, d'une éruption érythémato-vésiculeuse humide à la cuisse. Quelquefois cette dartre pâlissait, et il survenait un écoulement muco-purulent, blanchâtre, et un picottement dans le canal de l'urètre. Ces symptômes ne cessaient que lorsque la dartre reparaissait. Avec cet écoulement, le malade ne communiqua jamais rien à ses maîtresses. Mais il contracta un nouvel écoulement d'une fille publique, communiqua celui-ci à deux maîtresses et à une femme mariée, laquelle le transmit également à son mari.

Il reste donc prouvé qu'il y a entre la nature de ces écoulements une autre différence que celle qui tient à l'âcreté ou à la propriété irritante plus ou moins grande de la matière de l'écoulement. Cette différence, nous l'avons déjà dit, se désigne par un caractère spécial, la contagion. En effet, ne rencontre-t-on pas tous les jours des femmes atteintes de cancer de la matrice, et qui sont sujettes à un écoulement tellement âcre, que le mari en contracte des excoriations au gland, dans les rapports qu'il a avec elles, mais qui ne lui fait jamais éprouver les symptômes de la gonorrhée. Les blennorrhagies les plus graves, au contraire, et qui se communiquent avec une étonnante facilité, ne produisent que rarement l'excoriation des parties sexuelles.

La différence physique ou chimique, qui peut exister entre la matière de la blennorrhagie et celle des autres espèces d'écoulements, est insaisissable, absolument comme celle qui peut exister entre le pus du chancre primitif et le pus de tout autre ulcère. Elle ne se dénonce que par les résultats de la contagion.

Nous sommes loin de prétendre que le muco-pus de la blennorrhagie ait la même virulence que le pus du chancre primitif; les résultats de l'inoculation sont là pour fournir la preuve du contraire. Mais nous voulons prouver seulement, que si l'inoculation de la matière blennorrhagique n'a jamais produit pour résultat le chancre, il est cependant suffisamment constaté que cette matière jouit de propriétés contagieuses, à un très-haut degré. Les belles et courageuses expériences que M. le docteur Decondé (1) vient de faire avec la matière gonorrhéique, tant sur lui-même que sur les animaux, ont prouvé : 1° qu'au moyen du chlore et des chlorures, on peut détruire la propriété contagieuse de la gonorrhée, et empêcher les résultats que sa matière fournit constamment à l'inoculation, par son contact avec les membranes muqueuses oculaire et urétrale;

2° Que les injections fortes avec le nitrate d'argent (4 grains sur une once d'eau), faites dans le canal de l'urètre d'un blennorrhagique, dont la matière a fourni le résultat de l'inoculation, changent généralement la nature de l'inflammation urétrale, en produisant un écoulement muqueux qui n'est plus virulent, qui ne s'inocule plus;

(1) Mémoires sur différentes questions qui se rattachent à l'ophthalmie de l'armée, par le docteur Decondé. (Annales de la Société de Médecine d'Anvers.)

3° Que lorsqu'on cesse trop tôt ces injections irritantes, l'écoulement primitif reparaît avec les mêmes caractères, et que la matière redevient inoculable.

Ces expériences prouvent que l'état plus ou moins phlogistique de la membrane sécrétante n'est point la cause de la virulence de la matière qui est sécrétée, attendu que l'injection irritante augmente l'intensité de l'inflammation et qu'elle détruit l'effet de la contagion. La virulence et la propriété contagieuse de la matière gonorrhéique sont bien établies par l'effet des chlorures, et l'influence contagieuse et virulente de la blennorrhagie ne peut être due qu'à la spécificité de la maladie. Si l'on n'avait point de suites à craindre, il serait curieux de tenter les mêmes expériences avec le pus du chancre primitif; ces expériences pourraient jeter un grand jour sur la question qui nous occupe.

Bien que ce que nous venons de dire prouve déjà suffisamment la possibilité de la nature virulente de la blennorrhagie, nous en trouvons encore de nouvelles preuves dans les cas d'observations qui démontrent la manifestation de la syphilis constitutionnelle à la suite de blennorrhagies. Un grand nombre de médecins, avant et depuis Hunter, ont admis que la blennorrhagie peut développer la syphilis. M. Baumès affirme que pendant les trois dernières années, il a vu cinq cas de blennorrhagie simple, où il avait la certitude qu'aucun chancre n'existait dans le canal (1) et qui furent suivis, quelque temps après, de symptômes constitutionnels. Dans deux de ces cas, il a pratiqué l'inoculation avec la matière blennorrhagique sans résultat, du septième au dixième jour.

La syphilis qui affecte tant de variétés dans sa forme, qui se présente sous l'apparence variée de presque toutes les maladies du corps, ne pourrait-elle pas exister sous celle de l'urétrite ou de la blennorrhagie? L'observation ne prouve-t-elle pas que la blennorrhagie, bâtarde même, c'est-à-dire, celle du gland, où l'on peut bien s'assurer de l'absence du chancre, produit souvent la syphilis constitutionnelle. M. Baumès cite, page 248 de son ouvrage, une observation remarquable à l'appui de cette dernière opinion.

Il est bien prouvé que la blennorrhagie ne produit jamais de chancre. Mais le chancre produit souvent la blennorrhagie par le coït : cette blennorrhagie est contagieuse puisqu'elle peut se communiquer; elle peut être supposée de nature virulente parce qu'elle est née du chancre. Il y a ainsi entre ces deux affections une différence apparente de forme ; mais il n'en est pas moins vrai qu'elles peuvent être toutes les deux de même nature.

(1) Nous devons faire observer ici qu'il nous paraît assez difficile d'avoir une certitude complète sur l'absence du chancre dans les blennorrhagies. Les signes sur lesquels M. Baumès se base, sont l'absence de douleur et de tuméfaction lorsqu'après avoir introduit une sonde dans le canal on comprime celui-ci sur ses différents points. Nous avons souvent réussi à découvrir le siége et la forme du chancre qui existait dans le canal de l'urètre, en y introduisant une bougie en cire, en comprimant le canal pendant quelque temps et dans ses différents points sur cette sonde, qu'on retire ensuite et sur laquelle on trouve d'ordinaire le dessin de l'ulcération chancreuse.

C'est absolument comme le chancre qui produit les pustules muqueuses, humides, etc. Ces pustules qui sont des symptômes réellement syphilitiques, fournissent une matière qui n'est pas plus inoculable que celle de la blennorrhagie, et ne produit donc pas plus que cette dernière, le chancre par inoculation. Cependant dans beaucoup de cas, les pustules humides sont suivies de syphilis constitutionnelle, et malgré l'assertion contraire de M. Ricord, nous croyons que ces symptômes se transmettent par le coït à d'autres personnes, qui, plus tard, peuvent en éprouver des symptômes constitutionnels. Voici une observation citée par M. Baumès, qui prouve suffisamment ce que nous venons de dire.

« Un ouvrier de la Guillotière qui avait contracté une affection de ce genre (papules muqueuses) sur le scrotum, dans une maison publique, la communiqua aux grandes lèvres de sa femme par le coït. Consulté, je les examinai l'un et l'autre, le premier jour que sa femme s'en aperçut. L'homme entra aussitôt, d'après mon avis, à l'hospice de l'Antiquaille où il fut placé au n° 8 de la salle première. Juin 1858. Ses pustules humides n'avaient fait aucun progrès; elles suppuraient assez abondamment, et offraient le même aspect que lorsqu'il avait exercé le coït avec sa femme. L'inoculation du pus sur plusieurs points de sa cuisse n'amena aucun résultat. Vingt-trois jours après, les papules étant à peu près guéries, il parut des ulcères sur les amygdales et une syphilis papuleuse sur le dos, le ventre et le front. La femme n'offrit pas de symptômes constitutionnels. Ils furent traités et guéris, l'un à l'hôpital, l'autre en ville, avec des lotions d'une forte solution de chlorure de soude, des applications de cérat au calomel, des bains de sublimé et du sirop de Cuisinier de seconde cuite. »

L'auteur ajoute ensuite que tous les raisonnements que M. Ricord emploie, pour ramener la pustule humide à une modification ou à une suite du chancre primitif, ne détruisent pas la réalité d'un fait, savoir : « Qu'un pus syphilitique, qui n'est pas artificiellement inoculable chez le même individu, peut cependant être contagieux et communiquer la vérole par le coït à un autre individu. »

Il nous reste à examiner l'utilité de l'inoculation pour le bubon et les accidents secondaires.

Le bubon a donné en général des résultats fort variés à l'inoculation. Ce n'est que lorsqu'il s'est converti en ulcère Hunterien, et pendant la période d'ulcération, que l'inoculation du pus produit la pustule caractéristique. Toutes les fois que l'inoculation a été pratiquée sans l'existence de ces conditions, le résultat en a été très-incertain. On peut conclure de ceci, qu'il faut savoir distinguer ou reconnaître l'ulcère qui donnera des résultats à l'inoculation, et dès-lors à quoi bon pratiquer une opération dont les conséquences sont encore à calculer. En effet, bon nombre d'expériences ont été faites par différents praticiens qui ont rarement obtenu un résultat positif. Ces expériences répétées par M. Ricord, ont établi que le résultat négatif en doit être attribué à l'absence de certaines conditions, dont l'oubli fait inévitablement manquer l'inoculation. Ainsi, on inoculera le pus d'un bubon réellement vénérien, immédiatement après l'ouverture de l'abcès et l'on n'obtiendra aucun résultat. On inoculera le pus de ce même bubon à l'état d'ulcération en progrès et l'on obtiendra la pustule caractéristique. Il

faut donc savoir choisir dans le foyer de l'abcès le pus inoculable; les mêmes observations que nous avons faites sur les conclusions à tirer du résultat de l'inoculation avec le pus du chancre primitif, trouvent ici leur place, pour prouver toute l'incertitude de cette opération. Dans les hôpitaux, on peut admettre, pour ces cas, une certaine utilité de l'inoculation, mais évidemment elle ne saurait être d'un grand secours en pratique civile. Car enfin, la période de réparation de l'ulcère une fois commencée, l'inoculation reste sans résultat et ne sert plus à distinguer la nature vénérienne de l'abcès. Il est, du reste, bien prouvé par plusieurs observations véridiques, que le bubon peut être vénérien, qu'il peut donner lieu à la syphilis constitutionnelle, malgré que son pus superficiel ou profond, recueilli à différentes époques, n'ait pas été inoculable, et que son ouverture spontanée ou artificielle ne soit ni ulcérée, ni d'aspect chancreux.

Enfin, appliquée aux accidents secondaires ou de syphilis constitutionnelle, l'inoculation n'est d'aucune utilité, par la seule raison, que le pus qu'ils fournissent n'est pas inoculable; d'où l'on a tiré la conclusion hardie, que les accidents secondaires ne sont point contagieux. On a même été plus loin, on a dit que la pustule muqueuse, qui est considérée par tous les auteurs comme accident primitif, n'ayant pas fourni de résultat à l'inoculation de M. Ricord, doit être regardée comme un accident secondaire. Cependant il est prouvé par des exemples bien authentiques, comme nous l'avons déjà fait voir, que la pustule a transmis la vérole à d'autres individus.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'inoculation peut souvent servir à reconnaître la nature syphilitique des ulcères primitifs;

2° Que l'inoculation peut quelquefois dévoiler l'existence du chancre dans le canal de l'urètre;

3° Que cette opération ne fournit de certitude que dans le cas de réussite;

4° Que les conditions nécessaires à cette réussite n'existent pas toujours;

5° Que l'insuccès de l'inoculation ne prouve point la non-existence du caractère syphilitique d'un accident;

6° Que l'inoculation est un moyen douteux de diagnostic, qui ne fournit aucun indice certain sur les chances à courir pour la manifestation de la syphilis constitutionnelle.

Du danger et des conséquences de l'inoculation du virus vénérien.

Puisqu'il est prouvé que les accidents syphilitiques sont dus à l'action d'une cause spécifique et constante, le virus, il est certain que l'inoculation de cette cause doit augmenter les chances de gravité pour les accidents qui se déclarent. On peut même supposer que ces chances de gravité augmentent en raison du nombre des inoculations qui sont pratiquées. Cependant M. Ricord est d'une opinion tout à fait contraire; il prétend que ces inoculations ne peuvent avoir aucune suite pour le sujet qui y est soumis; parce

qu'il suppose que le virus peut être détruit sur place, et qu'on empêche ainsi son action sur la totalité de l'économie. Cette opinion justifie en partie la conduite de M. Ricord, quant aux nombreuses inoculations qu'il a pratiquées. Elle est basée sur l'idée que l'accident vénérien est primitivement local; ce n'est qu'au cinquième jour, dit-il, et lorsque l'induration commence, que l'infection générale peut avoir lieu.

Si cette opinion de M. Ricord était vraie et bien établie, il n'y aurait aucun doute sur l'inocuité de l'inoculation. Malheureusement la science ne décide pas tout à fait en sa faveur, et l'observation a déjà démontré que l'inoculation est, plus d'une fois, suivie de conséquences plus ou moins fâcheuses.

Dans un autre article de ce travail, nous avons déjà pu apprécier la valeur symptomatologique de l'induration, comme signe de l'absorption du virus syphilitique; il serait donc inutile d'y revenir. Nous avons à nous occuper seulement de la question de savoir, si le virus vénérien s'absorbe immédiatement, ou bien quelque temps après son action sur l'économie.

Les maladies, dont la nature spécifique est bien reconnue, présentent entre leur invasion et la manifestation de leurs phénomènes, un espace de temps, variable pour certaines affections, pendant lequel il y a absence de phénomènes, et qu'on s'est plu à appeler période d'incubation. L'existence de cette période a toujours été considérée comme une preuve de ce que la cause morbifique avait dû porter son influence sur tout l'organisme pour faire naître la maladie. Elle indique, en quelque sorte, le temps dont cette cause a besoin, pour étendre son action sur l'économie, et provoquer les réactions qui nous démontrent son état morbifique.

Dans le développement des accidents syphilitiques, la période d'incubation est des plus marquées. A la vérité, ce n'est jamais qu'entre le cinquième et le septième jour, après l'invasion de la maladie, et quelquefois plus tard, que les accidents se déclarent, absolument comme pour le vaccin, la petite-vérole, etc. L'analogie qui existe entre le développement des accidents syphilitiques et ceux de cette dernière affection nous paraît assez saisissable, pour que nous puissions l'invoquer ici. Il est bien prouvé que le développement des boutons varioliques est le résultat d'une action générale sur l'économie. Les symptômes généraux que le malade éprouve, depuis l'invasion de la maladie jusqu'à l'apparition de l'éruption, ne laissent aucun doute à ce sujet. Puisque dans les temps où l'on pratiquait l'inoculation avec la matière des boutons varioliques, on a pu constater que le nombre des boutons qui se développaient, était souvent bien supérieur à celui des inoculations qu'on avait pratiquées. Cette particularité est inexplicable sans l'admission de l'absorption directe du virus variolique; elle prouve que cette maladie ne réside pas entièrement dans les boutons, que ces boutons sont le résultat d'une réaction de tout l'organisme, déterminée par le virus dont celui-ci se trouve imprégné.

La réaction dans les maladies spécifiques, ne peut se développer que d'une manière lente, parce qu'elle est provoquée par l'économie entière, qui a besoin d'un certain temps pour la préparer et l'effectuer. Elle diffère en cela d'une réaction qui n'est que locale, parce que celle-ci se prépare et s'effectue plus promptement et plus facilement, attendu qu'elle n'exige que

le concours d'un petit nombre d'organes, dont l'action agit sur place et a été directement provoquée par la cause déterminante. Une cause irritante et quelle que soit sa nature, qui agit sur place, détermine ordinairement la réaction dans les premières trente-six heures de son application. Il n'y a, en effet, que l'action spécifique du vaccin, de la variole, de la rage et de la vérole, etc., qui développe sa réaction presque toujours à l'époque déterminée par l'incubation, et cela par des phénomènes d'une régularité presque constante.

Dans le mode de propagation de la syphilis, nous pouvons quelquefois constater les deux espèces de réactions dont nous venons de parler. Nous observons assez souvent que l'acte du coït détermine des accidents dont la nature primitive diffère évidemment de celle que ce même accident présente plus tard, lorsqu'une nouvelle cause vient ajouter à sa gravité. Ainsi, il arrive parfois, et j'ai vu des exemples de ce genre, que le lendemain du coït le malade se présente avec le prépuce et le gland remplis d'excoriations, qui n'offrent aucun caractère vénérien, et qui, au bout de cinq ou six jours, se convertissent en véritables chancres, même rongeants. Il faut supposer, dans ces circonstances, que les excoriations sont le résultat de l'action locale, irritante ou âcre, de la matière contagieuse, et que la conversion de ces excoriations en ulcères vénériens est l'effet réactif qui résulte de l'absorption du principe morbifique.

Ce fait prouve aussi que la comparaison entre le développement de la pustule, résultat de l'inoculation, et le développement du chancre, résultat du coït, est inexacte, et que le chancre artificiel ne peut point servir d'exemple pour établir une théorie sur l'absorption du virus vénérien à la suite du coït. En effet, dans l'inoculation artificielle et lorsque la matière est portée sous l'épiderme, le résultat, quand il a lieu, est toujours le même. Les phénomènes par lesquels il s'annonce, suivent une marche régulière et constante dans leur développement ; réaction locale dès le moment de l'inoculation, pustule et chancre sans intervalle d'incubation. Ce résultat n'a rien d'étonnant, lorsqu'on réfléchit qu'en inoculant par la lancette le virus syphilitique, on force, pour ainsi dire, son influence sur l'économie; qu'en détruisant la résistance préservatrice de l'épiderme, on enlève à l'organe cutané ses moyens naturels de défense ; et que par la piqûre de l'inoculation même, on le place dans une disposition particulière, réellement anormale. En vérité, lisez la description donnée par M. Ricord, des résultats que fournit l'inoculation artificielle, et vous verrez que le point piqué rougit dans les premières vingt-quatre heures, qu'ainsi successivement, et de jour en jour, les phénomènes se développent, et qu'au cinquième jour, la pustule caractéristique est constamment formée. L'inoculation produit donc une lésion physique qui détermine une réaction instantanée, comme l'épine enfoncée dans une partie; elle modifie ainsi l'influence de l'absorption, occasionne une lésion locale qui facilite la production des phénomènes syphilitiques, et ne saurait offrir un tableau fidèle de ce qui se passe dans la contagion vénérienne au moyen du coït.

Lorsque la contagion a lieu au contraire par ce dernier mode et que la partie qui reçoit l'impression du virus syphilitique, reste couverte de son épiderme, la réaction est variable, parce que l'organe impressionné se

trouve dans son état naturel, et qu'il conserve toute son énergie pour lutter contre l'action du virus. Aussi remarque-t-on que la réaction se manifeste alors à la suite d'un intervalle d'incubation, et dont la durée varie de cinq à vingt jours et plus. Les phénomènes qui l'annoncent sont également variables, et consistent, tantôt en une blennorrhagie, une balanite, une ulcération simple ou chancreuse, des végétations, tantôt un engorgement glandulaire, etc.

Voici une observation citée par M. Baumès, qui fera, mieux que toute explication, sentir la marche que les accidents suivent dans leur développement, à la suite de la contagion du coït.

« Un homme de la Guillotière se rend dans une maison publique de ce faubourg, et exerce le coït avec une des filles publiques de cette maison. La veille, j'avais fait passer toutes ces dernières par la visite (car, à cette époque, j'étais chargé de la visite sanitaire des prostituées de la Guillotière); j'en avais trouvé deux de malades, et comme l'administration municipale de la Guillotière n'était pas en mesure, dans ce moment, pour faire monter toutes celles qui étaient malades à l'hospice de l'Antiquaille, l'ordre fut donné à la maîtresse de cette maison d'empêcher ces deux filles malades de se livrer à leur métier pendant quelques jours, jusqu'à ce qu'elles pussent être reçues à l'hospice. Mais il arriva, malgré cette défense, que l'une de ces deux filles fut précisément celle avec laquelle l'homme en question exerça le coït. Immédiatement après, il apprit cette circonstance, dans la maison même. Effrayé, il se hâte de se laver exactement les parties génitales, et il vint me trouver pour me faire part de ses craintes, en me désignant la fille qu'il accusait. Je me rendis aussitôt dans cette maison avec un agent de police et cet homme lui-même, et je constatai le fait. J'examinai de nouveau la fille que je trouvai, comme la veille, affectée de plusieurs chancres, de forme Hunterienne, disposés tout autour de l'orifice du vagin. L'homme, de son côté, n'offrit absolument rien à mon examen. Aucun point du gland, du prépuce, ni des parties génitales n'était enflammé, ni excorié, ni douloureux, en un mot tout était comme dans l'état naturel. Je recommandai à cet homme, qui n'avait jamais été, antérieurement, affecté de maladie vénérienne, de se tenir proprement, de s'examiner attentivement et de venir me trouver le lendemain et tous les jours. Je saisis avec empressement cette occasion d'observer ce qui allait se passer, au milieu de circonstances si bien connues, si clairement établies.

» Les premiers jours il n'arriva rien, et aucune espèce de symptôme ne se manifesta dans les parties. Le cinquième jour, un point rouge, de la grosseur d'une lentille, avec légère élévation et sensation de prurit, apparut au côté gauche du prépuce vers la couronne du gland. Le lendemain, sans vésicule apparente, ou du moins sans que j'aie pu la constater, il se forma, au centre de l'élévation, une petite croûte, à la chute de laquelle, les jours suivants, une ulcération arrondie, de forme Hunterienne, sans inflammation, se dessina parfaitement. Une douleur se fit sentir dans le pli de l'aine, du côté gauche. Deux ganglions superficiels de ce côté s'engorgèrent; cet engorgement diminua quelques jours après, mais ne se dissipa que lentement. Le malade, d'un tempérament nerveux, avait d'ailleurs les voies gastriques saines, jouissait habituellement d'une très-bonne santé et

ne se fatiguait guère à la marche, étant bourrelier de son état. Le chancre fut lavé avec de l'eau de mauve et pansé avec de la charpie et du cérat. Le malade prit, pendant vingt-cinq jours, le matin et le soir, une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten, dans un peu de lait et de tisane d'orge. Le chancre se cicatrisa, sans aucune trace d'engorgement, de dureté à la base, et le malade est resté depuis lors entièrement guéri. »

Cette observation prouve suffisamment, que le chancre déterminé par la contagion, au moyen du coït, diffère essentiellement dans le mode de son développement, de celui qui est produit par l'inoculation. Elle démontre également que le virus vénérien peut être absorbé sans déterminer préalablement un accident local. Les parties ont été très-bien lavées dès le premier moment et l'on ne peut pas supposer que le pus soit resté en contact avec elles, pour produire son action seulement au cinquième jour. L'imbibition superficielle des parties que M. Ricord invoque, n'est pas plus admissible; parce que la muqueuse du gland et du prépuce ne paraît pas se laisser pénétrer assez facilement, pour que l'imbibition du pus contagieux ait pu se faire d'une manière aussi instantanée.

Dans la supposition même que cette imbibition puisse avoir lieu, il faudrait encore prouver que dans la substance des tissus il ne se fait aucune absorption. Comment admettre, du reste, que le pus vénérien puisse être en action sur nos tissus pendant cinq jours et plus, sans déterminer la réaction, bien entendu, si elle doit avoir lieu. Cela ne peut s'expliquer qu'en admettant que l'absorption a lieu au moment du contact et que l'accident qui se déclare est un fait réactif de tout l'organisme. D'ailleurs, si le pus syphilitique imbibe réellement les tissus, il arrive facilement au tissu cellulaire où l'absorption est bien trop active pour être niée; et sans prétendre que la première impression du virus syphilitique anéantisse la faculté absorbante, on ne saurait admettre qu'il peut rester dans quelques cas, pendant vingt jours et plus, en contact avec une muqueuse sans que son absorption ait lieu. Cette remarque est d'autant plus juste, que l'absorption est en général très-active à la surface des muqueuses; et dans l'espèce, elle doit l'être d'autant plus, que par l'acte du coït, la partie est frottée et irritée. Ces deux dernières circonstances augmentent de beaucoup l'énergie de l'absorption. En effet, les frictions facilitent notablement l'entrée dans l'économie des substances médicamenteuses, et l'observation nous prouve que l'absorption est en général très-énergique au début de toute irritation ou inflammation. Ceci est surtout remarquable dans le coryza. Au début de cette affection, la membrane pituitaire est sèche, et un liquide mis en contact avec elle disparaît instantanément. Le contraire paraît avoir lieu lorsque l'inflammation est à son plus haut degré; alors l'activité de la sécrétion augmente dans la partie, et celle de l'absorption semble diminuer. Cette dernière particularité ferait croire, que l'absorption du virus syphilitique n'est plus aussi facile, lorsque l'accident vénérien est une fois développé et qu'il a occasionné l'auréole inflammatoire qui l'entoure ordinairement.

L'absorption veineuse et lymphatique est admise par tous les médecins, par M. Ricord même, malgré qu'il nie formellement l'absorption directe du virus syphilitique. Or, comment prétendre que l'action absorbante de ces

organes ne s'exerce point sur ce virus lorsqu'il se trouve, soit à la surface des muqueuses, soit dans l'intérieur de leur tissu, ou, même si l'on veut, dans le tissu cellulaire. Nous pouvons donc admettre que l'absorption du virus peut avoir lieu, sans qu'aucun accident local se soit déclaré. Les observations de véroles d'emblée que la science a enregistrées, sont là pour en fournir la preuve. M. Ricord semble, du reste, combattre sa propre opinion et affirmer ce que nous venons de dire, lorsqu'il dit, page 166 : « Que, de ce qu'un symptôme ne s'inocule pas, il n'est pas dit pour cela qu'il ne soit pas syphilitique, attendu que le virus, modifié par *l'absorption veineuse et susceptible d'empoisonner l'économie*, perd cette propriété, en conservant celle de l'hérédité seulement. »

Voici une observation de M. Baumès, qui prouvera, mieux que tous les raisonnements, que l'absorption peut se faire directement, et sans manifestation de symptômes locaux.

« C...., Claude, âgé de 28 ans, né et domicilié à Lyon, ouvrier en soie; tempérament sanguin; — céphalalgies fréquentes de 8 à 15 ans, petite vérole bénigne à 4 ans; quelques douleurs rhumatismales de temps en temps; sueurs faciles, abondantes aux pieds; jamais de maladies graves; seulement à diverses époques, quelques accès de fièvre intermittente qui ont cédé au quinquina; à 14 ans, gale qui a duré deux mois; frictions souffrées. A la fin de juin 1839, Corn.... n'ayant pas touché de femme depuis plusieurs mois, exerce le coït avec une fille suspecte. Deux jours après il s'aperçoit de glandes engorgées, douloureuses à chaque pli de l'aine, sans qu'il y ait eu préalablement ni rougeur, ni inflammation, ni excoriation, ni ulcération, ni écoulement, ni apparition d'aucun autre symptôme aux parties génitales. Il consulte un médecin qui reste dans l'incertitude sur la nature de la maladie, et lui ordonne des cataplasmes, des tisanes adoucissantes et le repos. Un bubon très-enflammé se dessine à droite et à gauche, le malade continuant ses occupations. Les bubons marchent rapidement vers la suppuration. Du douzième au quinzième jour, ils s'ouvrent et laissent échapper une assez grande quantité de pus. Quinze jours après environ, de grosses pustules et des ulcères qui leur succèdent, se présentent sur les fesses, les jambes et les bras. Le malade entre à l'hospice de l'Antiquaille, salle 4, n° 15, le 17 août 1839. Des deux bubons suppurés, le droit surtout a l'aspect chancreux; les pustules et les ulcères qui leur succèdent sont parfaitement cicatrisés et appartiennent à l'echtyma syphilitique. Une piqûre d'inoculation est pratiquée à chaque cuisse avec le pus du bubon droit. Quatre jours après, chaque piqûre offre une belle pustule caractéristique. Les vésicules étant enlevées, il se présente deux chancres qui vont s'agrandissant et qu'on laisse marcher jusqu'au dixième jour sans les cautériser. On les cautérise alors, et on applique des cataplasmes. Le malade est mis, depuis son entrée, à l'usage du sirop de Cuisinier, de la liqueur de Van Swieten. Il prend plusieurs jours un bain entier, avec demi-once de sublimé. Les pansements sont faits avec du cérat au calomel. L'amélioration s'opère rapidement, et Corn... sort guéri le 17 septembre 1839. »

Nous avons souvent observé ces espèces de bubons d'emblée, qu'aucun symptôme local n'avait précédé, et qui, lors de leur ulcération, offraient les signes non douteux du caractère vénérien. Quelquefois nous avons vu

de petits phlegmons se manifester entre le gland et le prépuce, surtout lorsque les malades avaient été atteints de blennorrhagies, peu de temps avant. Ces phlegmons, après leur ouverture, présentaient l'aspect du véritable chancre. Nous ne voulons, pour le moment, tirer aucune conclusion de ce fait; nous nous bornons à le constater.

Dans l'observation de bubon d'emblée que nous avons rapportée, il est bien prouvé qu'aucun symptôme local n'avait précédé le développement du bubon, et cependant il a donné un résultat bien constaté à l'inoculation. D'autres médecins, du reste, disent avoir observé des cas semblables et qui ont également fourni un résultat à l'inoculation. Dans ces circonstances, il n'y a aucun doute sur la nature syphilitique du mal, et l'absorption directe ne saurait être niée. Tous les raisonnements que M. Ricord invoque pour faire comprendre que cet accident n'est que local, ne sauraient faire que l'absorption du pus n'ait dû s'opérer pour provoquer l'engorgement glandulaire; et une fois que le pus se trouve dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques, il n'y a plus de raison pour qu'il ne se disperse pas partiellement dans toute l'économie. M. Ricord paraît s'étonner de voir attribuer aux lymphatiques des bouches béantes sur les surfaces muqueuses et cutanées. Nous ne voyons point l'impossibilité de ce fait, et si l'anatomie ne l'a point suffisamment démontré, l'observation rigoureuse de ce qui se passe à la surface de ces membranes, doit au moins le faire admettre, puisque celles-ci absorbent très-promptement les substances liquides, simples, volatiles, ou délétères. D'ailleurs, peu nous importe que l'absorption ait lieu par des bouches béantes, lymphatiques ou veineuses; dans l'espèce, il nous suffit de constater la possibilité de cette absorption à la surface même et sans imbibition de tissus.

Nous devons déclarer ici que nous ne prétendons pas que le principe contagieux s'absorbe en substance; nous comprenons, avec plusieurs auteurs recommandables, que ce principe, par l'influence des forces de la vie, perd souvent, au bout d'un certain temps, son caractère essentiel, la contagion, et qu'il ne s'annonce alors que par des caractères dont la nature est souvent difficile à apprécier.

Tout ce que nous venons de dire sur la contagion par l'acte du coït, est applicable à l'inoculation artificielle. M. Baumès est d'une opinion contraire; il pense avec le chirurgien de Paris, que dans l'inoculation artificielle, le virus reste sur place, et ne s'absorbe qu'après la manifestation du symptôme local. Nous aimons en général les opinions de M. Baumès, mais dans cette circonstance son raisonnement n'a pas entraîné notre conviction. A nos yeux, en effet, l'irritation produite par l'instrument doit augmenter la faculté absorbante, qui s'exerce nécessairement sur la substance qui se trouve le plus à portée de son action. De plus, en portant la matière virulente sous l'épiderme, on la place dans les conditions les plus favorables pour être absorbée. Les expériences faites sur les animaux avec le virus morveux et charbonneux, ont prouvé que l'absorption et la contagion ont lieu très-promptement, lorsque l'un ou l'autre virus est mis en contact avec une partie dénudée de son épiderme. Nous sommes donc porté à croire, que l'absorption du virus vénérien est au moins tout aussi facile à la suite de l'inoculation, que dans les circonstances ordinaires de la contagion par

l'acte du coït. Toutefois nous admettons avec M. Devergie, que l'impression syphilitique est moins profonde et moins générale, parce que l'économie n'éprouve pas le même ébranlement que dans l'acte du coït, et n'est pas sous l'influence des mêmes impressions.

Il résulte de ce qui précède : 1° que dans l'acte du coït, l'infection générale est instantanée, et que l'impression du virus a lieu sur toute l'économie pendant l'espace de temps qui s'écoule entre le coït infectant et l'apparition de l'accident vénérien ; 2° que l'accident qui survient du cinquième au septième jour, n'est qu'un symptôme de réaction de l'organisme et non un mal local ; 3° que dans l'inoculation, l'absorption du virus se fait instantanément, que son influence sur l'économie doit également avoir lieu directement, mais qu'elle est moins profonde et moins générale que dans la contagion par le coït ; 4° enfin, que la pustule qui en résulte est un effet réactif et non local de l'organisme.

Ces propositions une fois admises, il devient facile de se convaincre de tout le danger de l'inoculation. Pour les personnes non atteintes de maladie vénérienne, ce danger est trop positivement établi pour oser compromettre, par des expériences coupables, la santé, l'avenir et le bonheur d'une génération entière. Cette opinion est partagée par M. Baumès ; car, quoiqu'il admette l'inocuité de l'inoculation, il avoue qu'il ne serait point sans crainte sur les conséquences de l'inoculation du pus constitutionnel, chez les personnes non atteintes de syphilis.

Quant à l'inoculation sur les personnes déjà affectées du mal, elle est également dangereuse, parce qu'elle provoque la répétition de l'impression syphilitique et qu'elle expose ainsi au développement de la syphilis constitutionnelle. En effet, puisque l'absorption du virus se fait directement, l'impression syphilitique doit avoir lieu dans le même moment, et, quoique légère, cette impression doit ajouter à la gravité de celle qui l'a précédée, en augmentant les chances de l'empoisonnement. Plus elle se répète, plus elle devient profonde, parce qu'elle soumet l'économie pendant plus longtemps à l'influence de la contagion. Et l'observation a suffisamment démontré, que plus l'action d'une cause morbifique est forte et durable, plus l'économie conserve le souvenir de son influence, et plus elle s'en débarrasse difficilement. Du reste, le virus lui-même ne gagne-t-il pas en virulence, par son action répétée sur le même individu? L'analogie des faits et le sain raisonnement tendent au moins à faire admettre cette supposition. M. Ricord a dit, qu'une première infection ne préserve pas d'une seconde, et l'expérience paraît, malheureusement, prouver la vérité de cette proposition. Oui, cet auteur est parvenu à inoculer jusqu'à la cinquième génération d'un chancre, et les véroles invétérées et incurables se manifestent ordinairement à la suite de plusieurs affections syphilitiques primitives.

La syphilis est un poison animal, la contagion la plus terrible qui ait jamais frappé l'humanité, celle qui menace la vie dans tous les instants et jusque dans sa source. Cette définition de M. Ricord rend parfaitement l'idée qu'on doit se former de la vérole, et fait en même temps entrevoir les conséquences auxquelles on expose le sujet soumis à l'inoculation de ce poison. Plusieurs observations, citées dans l'ouvrage de cet auteur, démontrent que la difficulté de la guérison de l'ulcère, provoqué par l'inoculation,

était toujours en raison du nombre d'inoculations dont l'ulcère était le résultat. C'est à tel point, que M. Duvergie cite, dans sa deuxième lettre sur la syphilis, un cas d'inoculation où l'ulcère, qui en provenait, ne fut guéri qu'après quatre-vingt-huit jours de traitement. D'autres observations, citées par le même auteur, par d'autres médecins, et notamment par M. Henrotay, membre de notre Société, prouvent tout le danger de l'inoculation, ce danger augmente encore sous l'influence de certaines dispositions vicieuses de l'économie dont le malade peut être atteint. Enfin, malgré la cautérisation répétée, l'ulcère de l'inoculation résiste souvent, continue sa marche, et dure quelquefois plus longtemps que le chancre même qui est le résultat du coït. Ceci n'offre rien d'étonnant, lorsqu'on réfléchit que la cautérisation ne peut empêcher l'absorption du virus que dans le cas où elle est pratiquée immédiatement après l'inoculation, attendu que l'absorption a déjà lieu lorsque la pustule se forme.

De ce qui précède, nous pensons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Que l'inoculation expose à la contagion syphilitique ;

2° Que la cautérisation de la pustule est impuissante pour empêcher la contagion ;

3° Que les chances d'empoisonnement et de syphilis constitutionnelle augmentent avec le nombre d'inoculations pratiquées sur le même individu ;

4° Que l'inoculation est une opération dangereuse, dont les suites sont incalculables pour le sujet qui y est soumis.

Danger de la cautérisation des ulcères vénériens primitifs.

La cautérisation des ulcères syphilitiques primitifs a été employée, depuis bien longtemps, comme traitement local et dans le but d'accélérer la cicatrisation. Dans les armées surtout, cette méthode était régulièrement suivie, parce qu'elle abrégeait la durée du traitement. Toutefois, elle ne fut jamais adoptée par les bons praticiens, comme méthode générale à suivre, quoiqu'elle soit réellement utile comme mode de traitement local, lorsqu'elle est pratiquée superficiellement. La cautérisation immédiate du chancre, comme traitement abortif, n'est pas en usage depuis aussi longtemps ; elle a été préconisée, en premier lieu, par MM. Ratier et Ribesets ; récemment, par M. Ricord, qui la présente comme règle générale, parce qu'elle n'expose à aucun danger. Son opinion est basée sur ce que la maladie vénérienne est primitivement locale et qu'elle est toute entière dans l'ulcération du chancre. De là il conclut qu'en détruisant l'ulcère avant les cinq premiers jours qui suivent sa formation, on prévient l'absorption du virus et qu'on empêche l'infection constitutionnelle. M. Ricord est tellement pénétré de cette opinion, qu'il préconise la cautérisation profonde du chancre, au début, sans distinction de la forme qu'il affecte, ni du siége qu'il occupe. Cette méthode compte, de nos jours, beaucoup de partisans, malgré les nombreuses observations qui sont déjà venues en démontrer les fâcheux résultats.

Nous avons suffisamment prouvé que l'absorption du virus dans la contagion syphilitique est le plus souvent instantanée, et que le raisonnement et

les faits établis par l'expérience, doivent faire admettre que l'influence de ce virus ne reste point locale pendant un certain temps, mais que l'économie entière sent son impression au moment de la contagion. Dès-lors, nous devons établir que la cautérisation est incapable de détruire l'action générale du principe contagieux, attendu que l'impression syphilitique doit avoir eu lieu avant que les caustiques puissent être employés. En effet, l'accident vénérien ne se déclare que quelques jours après la contagion; il est un effet réactif, éliminateur de l'organisme, qu'on peut détruire par la cautérisation ou la circoncision, mais dont on ne peut jamais enlever, par ces opérations, la cause déterminante, qui est générale et consiste dans une infection contagieuse de toute l'économie.

Dans les cas d'inoculation artificielle, on comprend la possibilité de la destruction locale du virus, parce que l'on connaît l'endroit où il a été déposé, et qu'on peut pratiquer la cautérisation immédiatement après l'inoculation. Mais cela n'est pas admissible, lorsque la pustule s'est formée, car alors le caractère syphilitique se dénonce, la réaction a eu lieu, l'infection est générale et la destruction sur place devient impossible. Or, l'inoculation a été pratiquée dans le but d'éclairer le diagnostic, et l'on n'a eu recours à la cautérisation que lorsque la pustule caractéristique s'était bien formée. Aussi l'observation a-t-elle démontré que la cautérisation n'a pas toujours empêché les tristes résultats de ce mode d'investigation.

Examinons ce qui se passe dans le chancre que l'on soumet à l'action des caustiques. On remarque que la cautérisation lorsqu'elle est profonde, change directement la surface de l'ulcération vénérienne, que la matière sécrétée change de nature, perd son caractère syphilitique et n'est plus inoculable. Mais lorsque la cautérisation n'est pas répétée, on voit, au bout de quelques jours, l'ulcère reprendre ses caractères syphilitiques, et la matière redevenir inoculable. Cela nous prouve que la cautérisation change momentanément la nature de l'ulcération, parce qu'elle détruit l'influence virulente, et que la nature virulente de l'ulcère renaît dès que la suppuration est venue détruire l'influence de la cautérisation, absolument, comme nous l'avons remarqué, pour la blennorrhagie, où l'injection caustique détruit aussi la nature contagieuse virulente du muco-pus. Si la cautérisation était réellement capable d'anéantir le virus sur place, une seule cautérisation devrait empêcher l'ulcère de reprendre son caractère vénérien. Mais c'est précisément parce que le caustique ne fait que changer la nature de la surface de l'ulcère, sans détruire le virus dont l'économie se trouve imprégnée, qu'elle empêche le travail éliminateur, qu'elle emprisonne en quelque sorte le principe contagieux, et qu'elle augmente son influence délétère sur la totalité de l'organisme.

Le plus grand nombre d'auteurs recommandables considèrent la syphilis constitutionnelle comme étant le plus souvent le résultat de la destruction prompte et locale du chancre. Dans ma pratique particulière, j'ai souvent eu l'occasion d'observer les graves conséquences qui résultent quelquefois de la cautérisation pratiquée au début. Du reste, l'accident local peut être considéré comme un travail par lequel l'économie élimine une partie du principe virulent, parce que son action se portant spécialement vers cet accident, empêche le virus de se disperser sur les autres parties. Détruire

le symptôme local d'une manière subite c'est donc, comme le dit M. Devergie, répercuter le poison animal, et user d'une méthode dangereuse qui favorise le développement d'accidents secondaires. La cautérisation profonde et au début a, du reste, d'autres inconvénients. Elle provoque une fausse sécurité chez le malade et chez le praticien ; elle détermine souvent l'inflammation des glandes inguinales, et expose quelquefois à d'autres accidents locaux.

Anvers, le 10 décembre 1841.

DE LA SENSIBILITÉ VERTÉBRALE

A LA PRESSION DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES CHRONIQUES ET DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES QU'ELLE FOURNIT;

Par le docteur GOUZÉE,

Médecin principal de l'hôpital militaire d'Anvers, membre titulaire de l'Académie royale de médecine, etc.; membre résidant de la Société.

Il est un fait très-remarquable et fort peu remarqué dans la mystérieuse histoire des fièvres intermittentes; c'est la sensation douloureuse qu'éveille la pression du doigt dans un point limité de la colonne vertébrale.

L'exploration du rachis faite pour reconnaître cette sensibilité morbide et en préciser le siége, demande quelques soins et une certaine habitude. Il faut appuyer successivement sur chacune des apophyses épineuses, en suivant leur série du haut en bas, la pulpe des doigts indicateur et médius rapprochés, ou bien le bord radial de l'indicateur soutenu des autres doigts, quand l'embonpoint du sujet exige une pression plus forte. Cette pression doit être faite, autant que possible, perpendiculairement sur le sommet de ces saillies osseuses, suivant leur direction connue, et il est nécessaire de l'exercer graduellement, sans secousses et avec une force égale pour toutes.

Le plus ordinairement, le malade, qui n'accusait aucune sensibilité ou douleur dans cette région, n'en ressent pas davantage à l'exploration des vertèbres supérieures; mais lorsqu'on est arrivé plus bas, communément aux premières dorsales, il éprouve tout à coup une sensation pénible et souvent même une vive douleur qui le porte à se soustraire brusquement à la pression. Cette sensibilité est exactement limitée à un petit nombre de vertèbres, et presque toujours, l'une d'elles est le siége d'une douleur beau-

coup plus forte que les autres, ce dont on s'assure, au reste, en répétant l'exploration à plusieurs reprises et à des jours différents. La même pression exercée ensuite sur les apophyses épineuses inférieures, redevient indolente comme elle l'était supérieurement.

L'existence de ce singulier phénomène avait déjà été signalée, il y a plus de vingt ans, par le docteur Player, dans la plupart des maladies nerveuses apyrétiques, et d'autres praticiens de la Grande-Bretagne en firent plus tard l'objet de leurs études et de leurs recherches. C'est ainsi que le docteur Brown de Glasgow, puis Darwall, Teale, Tate, et enfin le docteur Isaac Parrish, confirmèrent les observations de Player et insistèrent, comme lui, sur ce fait important qu'une pression exercée sur la colonne vertébrale dans l'hypochondrie, la mélancolie, l'hystérie, et en général dans les perturbations nerveuses chroniques, vagues ou anormales, y éveille une sensation douloureuse, bornée à quelques vertèbres, et que le principal moyen de traitement dans ces maladies consiste à attaquer le point sensible par des applications locales appropriées. M. le docteur Colson, médecin principal à Gand, à constaté l'existence de cette sensibilité vertébrale dans plusieurs cas de convulsions épileptiformes et autres, qu'il a combattues avec succès par ces moyens (1), et comme le docteur Tate de Londres, je l'ai surtout observée moi-même plusieurs fois chez de jeunes femmes irrégulièrement ou incomplétement menstruées, se plaignant de palpitations, d'étouffements, de sensations pénibles dans la région précordiale ou plus particulièrement de douleur sous la mamelle gauche, et qui offraient enfin les symptômes nerveux si variés, si désordonnés qui caractérisent les nombreuses nuances des affections hystériques. Mais c'est le docteur Griffin, habile praticien irlandais (2), qui a appelé l'attention d'une manière toute spéciale, il y a une dizaine d'années, sur son existence dans la fièvre intermittente chronique, et nous avons vu depuis, en 1835 ou 1836, visitant les hôpitaux de la Belgique, un médecin d'Aix-la-Chapelle, M. le docteur Cremers, qui avait fait sur ce point de longues et laborieuses recherches. Ses observations l'avaient conduit à ne pas regarder comme une fièvre intermittente légitime, celle où la pression vertébrale n'éveillait aucune douleur, et il ne croyait pas à la guérison radicale d'une fièvre intermittente, tant que le sujet conservait des traces de cette sensibilité. Enfin, feu le docteur Ch. Van Mons, de Bruxelles, qu'une mort prématurée a malheureusement ravi à la science, a publié peu de temps après, quelques observations de fièvres intermittentes (3) dans lesquelles il avait à son tour reconnu cette sensibilité bornée à quelques vertèbres, et il en avait conçu le soupçon que la fièvre intermittente pouvait n'être qu'une myélite.

Cette conclusion me paraît quelque peu hasardée, car indépendamment des autres objections qu'on pourrait lui opposer, on peut ne pas admettre que la moelle rachidienne puisse être directement influencée par une pression modérée des saillies de la colonne osseuse et ligamenteuse qui la ren-

(1) *Annales de la Société de Médecine de Gand,* année 1835, p. 31, et année 1836, p. 51.

(2) Voy. *Archives générales de médecine,* mars, 1833, p. 393.

(3) *Bulletin médical belge,* juillet, 1836, p. 149.

ferme si solidement dans son centre. Quoi qu'il en soit, il me paraît hors de doute que la sensation douloureuse circonscrite que fait naître cette pression, atteste la souffrance des cordons nerveux rapprochés du point où elle se fait sentir, et il est rationnel de penser que la portion voisine de la moelle épinière d'une part, et les ganglions peu éloignés du grand sympathique de l'autre, ne sont pas étrangers à cet état morbide. Au reste, quoique ce phénomène me paraisse être le résultat du désordre fonctionnel d'un ou de plusieurs organes internes, désordre qui a peut-être sa source première dans une infection du sang, plutôt qu'il n'est le signe d'une altération morbide primitive du centre nerveux rachidien, il n'en est pas moins digne d'une attention sérieuse, tant à cause de sa constance dans les fièvres intermittentes et particulièrement dans celles d'une certaine durée, que de son importance comme source d'indications thérapeutiques. Des recherches dirigées sur le cordon rachidien chez les individus morts de fièvre rémittente ou intermittente pernicieuse, pourraient éclairer quelques-unes des questions obscures qui se rattachent aux fièvres intermittentes en général et elles offriraient, sous ce rapport, un grand intérêt.

Mais ce n'est pas ce sujet qui doit m'occuper dans ce moment. Après avoir rappelé l'attention sur un phénomène important et généralement négligé, je me suis proposé de faire voir le parti qu'on peut tirer de cette connaissance dans le traitement de certains cas de fièvres intermittentes anciennes ou rebelles, et les observations suivantes me paraissent très-propres à montrer que les révulsifs appliqués près du point douloureux de la colonne vertébrale, après l'emploi de quelques émissions sanguines locales, moyens déjà recommandés par les médecins anglais dont j'ai parlé, jouissent d'une grande efficacité et offrent une précieuse ressource dans mainte circonstance difficile.

Obs. I. — F., caporal au premier chasseurs à pied, 26 ans, châtain, bien développé, avait été atteint en avril 1841 d'une ophthalmie gonorrhoïque très-grave, qui avait nécessité l'emploi d'un traitement général et local d'une grande énergie (1). Ce traitement et un long séjour à l'hôpital ayant altéré sa constitution, il fut envoyé en congé de convalescence vers la fin du mois de juin. A peine était-il arrivé dans ses foyers, dans la Flandre occidentale, qu'il fut pris de fièvre intermittente. D'abord tierce, elle ne tarda pas à devenir quotidienne, et malgré les divers traitements et les moyens empiriques auxquels il eut recours, elle continuait encore sous ce dernier type, lorsque revenu à Anvers, il rentra à l'hôpital le 11 août.

Il était alors très-amaigri, son visage était d'un blanc terne; il manquait d'appétit depuis longtemps; il avait la bouche pâteuse, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, l'épigastre sensible à la pression; les selles étaient régulières et la rate ne présentait pas d'intumescence appréciable; le pouls était lent (de 50 à 60), peu développé; les organes respiratoires n'offraient aucune trace d'altération. La fièvre revint, comme c'était l'ordinaire, vers une heure après-midi, par un frisson d'une heure de durée; la sueur et une vive céphalalgie qui accompagnaient toujours les accès, durèrent jusque dans la nuit. Tisane commune, diète, séjour au lit.

(1) Voy. *Annales d'oculistique*, août 1841, p. 194.

Le 12 et le 13, même état, aucun changement dans l'accès.

Le 14, l'exploration de la colonne vertébrale fait découvrir une vive sensibilité limitée aux quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales. Dix sangsues sont appliquées dans la matinée sur la région douloureuse. L'accès reparaît à la même heure, mais moins intense et moins long.

Le 15, nouvelle application de dix sangsues, qui est encore suivie d'une diminution sensible dans la force et la durée de l'accès.

Le 16, quatre ventouses scarifiées sont placées sur les côtés des apophyses sensibles à la pression. L'accès reparaît vers midi et ne dure qu'une heure.

Le 17, un emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudré de tartre stibié, est appliqué au même endroit, de manière à recouvrir les vertèbres douloureuses, et dans la suite l'éruption qu'il avait provoquée fut entretenue à un degré modéré par des frictions de pommade stibiée.

Dès le 18, la fièvre cessa de se montrer; l'état général s'améliora peu à peu et l'appétit ne tarda pas à se faire sentir. Une alimentation de plus en plus fortifiante fut prescrite; j'y joignis plus tard l'usage de quelques ferrugineux pris au moment des repas, et F..... sortit de l'hôpital le 11 septembre, en état de reprendre immédiatement son service. L'éruption produite par le tartre stibié n'était pas encore tout à fait guérie et on ne pouvait plus retrouver de traces de sensibilité vertébrale. Il est à remarquer qu'il n'y a pas eu de rechute.

Le fait suivant offre un plus grand intérêt sous le rapport du caractère singulièrement opiniâtre de la maladie et de la guérison prompte et stable due au traitement mis en usage.

Obs. II. — Une de nos sœurs hospitalières, la sœur St-Sauveur, 25 ans, bien constituée, régulièrement menstruée, née à Huy, se trouvant à Anvers depuis deux ans, avait toujours été bien portante, si ce n'est qu'elle avait été affectée, un an auparavant, d'une otite externe qui avait duré trois à quatre mois.

Le 27 juillet 1841, elle fut prise de symptômes fébriles, offrant la nuance muqueuse, qui cédèrent peu à peu sous l'influence de simples moyens diététiques et hygiéniques; mais le paroxysme, qui se montrait toujours dans l'après-midi, reprit bientôt de l'intensité et se transforma en accès complet avec céphalalgie très-vive et sueurs copieuses qui étaient à peine dissipées dans la matinée du lendemain.

J'eus recours successivement aux fébrifuges ordinairement les plus efficaces; je les employai sous toutes les formes, je tâchai de favoriser leur action par une foule de soins accessoires et je ne pus obtenir de succès durable; le sulfate de quinine, administré par la bouche ou en lavement, amenait chaque fois un amendement sensible, mais aussitôt qu'on en diminuait les doses, l'accès reprenait une nouvelle intensité.

Et cependant tout annonçait une fièvre quotidienne dans son plus grand état de simplicité; l'apyrexie était peu longue mais complète, et pendant sa durée toutes les fonctions étaient à l'état normal; l'abdomen était souple et indolent; la rate n'offrait pas de traces sensibles d'engorgement; l'appétit se faisait sentir; les selles étaient assez régulières et les urines déposaient, comme de coutume, à la fin des accès, un épais sédiment briqueté.

Dans le mois d'octobre, après plus de deux mois de souffrances, l'accès revenait chaque jour à cinq heures du soir par un violent frisson qui se prolongeait jusqu'à huit ou neuf heures; la chaleur et une forte céphalalgie duraient toute la nuit, et le matin la malade était baignée de sueur. Après diverses tentatives encore, et particulièrement l'essai d'un extrait de quinquina, préconisé par un membre de la commission de la Pharmacopée, médication qui n'eut absolument aucun effet, j'explorai la colonne vertébrale et je découvris une vive sensibilité à la pression des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales; la quatrième surtout était très-douloureuse; plus bas, la pression n'excitait de douleurs qu'aux deuxième et troisième vertèbres dorsales.

Le 19, après plusieurs jours d'expectation, douze sangsues sont appliquées sur les vertèbres douloureuses; l'accès reparaît comme précédemment et s'accompagne d'une céphalalgie plus forte que de coutume.

Le 20, application de huit sangsues; l'accès est moins fort et moins long de moitié.

Le 21, même application de huit sangsues; la malade n'éprouve à l'heure de l'accès qu'un peu de froid aux extrémités inférieures, bientôt suivi d'une douce chaleur et de moiteur; il y a à peine un peu de pesanteur de tête; tout est terminé en deux heures.

Le 22, les mêmes vertèbres offrant encore de la sensibilité à la pression, nouvelle application de huit sangsues. Accès court et faible comme la veille, si ce n'est que le frisson et la pesanteur de tête sont un peu plus prononcés.

Le 23, application de deux emplâtres de poix de Bourgogne, saupoudrés de tartre stibié en poudre très-fine, assez grand chacun, pour recouvrir les points douloureux du cou et du dos et s'étendre à un pouce au-delà. Même accès ce jour-là, ainsi que le 24 et le 25, avec céphalalgie plus forte.

Le 26, plusieurs larges pustules ont paru sous les emplâtres, surtout à l'endroit des piqûres des sangsues. Accès très-léger; céphalalgie presque nulle.

Le 27 et le 28, un peu de froid seulement et de pesanteur de tête, sans chaleur ni sueur. Les pustules sont très-développées. On enlève les emplâtres et je prescris une pommade stibiée pour entretenir l'éruption, en évitant, toutefois, de provoquer une irritation trop violente.

Les jours suivants, un peu de malaise se fit encore sentir vers l'heure des accès, et le 31, toute trace de fièvre avait complétement disparu. Je ne m'occupai plus que de modérer la douleur produite par l'éruption, et plus tard, d'entretenir quelques pustules en suppuration à l'aide d'une pommade de garou. Cette espèce d'exutoire resta ouvert pendant deux à trois mois. La sœur St-Sauveur a bientôt repris ses forces premières et elle a continué depuis à jouir de la santé la plus parfaite.

L'influence réelle et puissante du traitement mis en usage est suffisamment établie, dans ces deux cas, par l'amélioration très-prononcée qui a immédiatement suivi son emploi, et par la stabilité de la guérison. Les malades n'avaient été soumis en même temps ni peu auparavant à l'action d'aucun modificateur capable de produire cet effet, et comme j'avais évité, ainsi que j'en ai l'habitude, de fatiguer le sujet de la seconde observation,

par un usage inconsidéré et incessant de moyens actifs ; on ne peut soupçonner ici une de ces guérisons en quelque sorte spontanées, qu'on observe chez les anciens fiévreux, lorsqu'on cesse toute tentative de traitement, après avoir fait un long abus de fébrifuges. Je pourrais, au reste, rapporter d'autres faits encore tout aussi péremptoires, mais ceux que je viens de citer me paraissent suffire au but que je me suis proposé, celui d'engager les médecins à ne pas négliger l'observation d'un phénomène dont la connaissance est précieuse dans les fièvres intermittentes rebelles, de même que dans diverses maladies nerveuses affectant la forme chronique, et qui sont souvent si réfractaires aux moyens ordinaires de l'art.

Parmi les médecins anglais qui se sont spécialement occupés de la sensibilité vertébrale à la pression, dans ces divers états morbides, il en est qui rejettent les émissions sanguines locales pour ne recourir qu'aux seuls révulsifs. On vient de voir cependant, par l'amélioration qui a suivi les applications de sangsues ou de ventouses scarifiées sur les points douloureux, qu'elles ne sont pas sans utilité. Il me paraît constant, toutefois, que leur action, seulement préparatoire, est trop faible et trop peu durable pour produire des effets capables de maîtriser un mal invétéré, ce qui rend nécessaire de les faire suivre immédiatement par des applications révulsives. La révulsion obtenue par le tartre stibié, indépendamment de ce qu'elle jouit peut-être de quelque efficacité toute spéciale, me semble particulièrement utile en ce qu'on peut la modérer ou l'activer et la prolonger suivant les besoins ; mais il faut y donner toute son attention, surveiller soi-même sa marche et ses progrès, car son emploi inconsidéré, quand on l'abandonne entièrement à des mains étrangères, occasionne, surtout chez les femmes, de très-vives et inutiles souffrances.

Rapport sur le travail qui précède (1).

Le rapporteur de la Commission que vous avez nommée pour examiner le travail de M. le docteur Gouzée, a porté son attention sur le même sujet, et, grâces aux indications que l'auteur a bien voulu lui fournir, il a recueilli un fait dont il croit devoir donner ici la relation.

Saurel, Louis Charles, âgé de 26 ans, sergent au 1er régiment de chasseurs à pied, d'une bonne constitution, cheveux noirs, teint brun, est revenu depuis un mois de l'Algérie, où il a fait la guerre pendant deux ans. Huit mois après son arrivée en Afrique, il a éprouvé, pour la première

(1) MM. C. Broeckx, J. Jaques, *commissaires :* E. Henrotay, *rapporteur.*

fois, les atteintes de la fièvre intermittente qui règne aux environs de Constantine, et, à la faveur de quelques doses de sulfate de quinine, il vit ses accès se suspendre pour quelques jours; mais pendant les seize mois que dura encore son séjour en Algérie, il n'en fut jamais complétement débarrassé : après douze à quinze jours de suspension, les accès reparaissaient de nouveau, et l'on recourait alors à de nouvelles doses du fébrifuge. A son retour en Europe, il a été pris en traitement à l'hôpital de Macon; suivant son rapport, les médecins lui ont trouvé la rate très-volumineuse. Il parle vaguement d'une opération qu'on a voulu lui faire dans la région hypochondriaque gauche, et à laquelle il ne s'est pas soumis.

Le 14 novembre dernier, vers huit heures et demie du matin, je fus appelé près de lui à la caserne du corps : il avait éprouvé, peu de temps auparavant, le stade de froid d'un accès de fièvre intermittente, et le stade de chaleur commençait à avoir lieu; il avait en outre une toux fréquente et assez forte. Je le dirigeai sur l'hôpital militaire d'Anvers, et le lendemain 15, je recueillis les renseignements suivants :

État général satisfaisant; peau moite et légèrement chaude; langue large, humide, sans enduit. Les fonctions digestive et urinaire se font bien. Le malade se plaint d'une toux peu forte; à la percussion et à l'auscultation, nous ne trouvons rien d'anormal du côté du thorax.

La rate ne paraît pas être sensiblement engorgée; cependant la rénitence que l'on perçoit dans l'hypochondre gauche, paraît un peu plus grande qu'à l'état normal.

Depuis un certain temps déjà, il éprouve, à divers intervalles, dans le bras gauche, des fourmillements, des secousses, de l'engourdissement et une certaine diminution de force.

La pression sur la colonne vertébrale, exécutée par M. le médecin principal Gouzée, de la manière décrite dans le travail qu'il vient de présenter à notre Société de médecine, fait découvrir une douleur assez vive, à l'endroit correspondant, aux sixième et septième vertèbres cervicales et aux quatre premières dorsales. La douleur a son summum d'intensité aux première et deuxième vertèbres dorsales et de là elle diminue graduellement, à mesure qu'on s'éloigne de ces points; toutefois la douleur est un peu plus forte en haut qu'en bas.

On prescrit une émulsion gommeuse et la diète, bouillie pour régime.

Le malade a, vers midi, un accès qui se renouvelle le 17, à la même heure.

Le 18, on applique dix sangsues à l'endroit de la colonne vertébrale, où le malade éprouve de la douleur à la pression; il ressent un léger frisson au moment de cette application.

Le 19, il se plaint de fréquentes douleurs de tête et de secousses dans le bras gauche; dix sangsues sont de nouveau prescrites.

Le 20, le malade se trouve mieux; on applique au même endroit six ventouses profondément scarifiées. Le 21, on prescrit dix sangsues. Le 22, trois ventouses scarifiées, application que l'on renouvelle le 24. — L'expression de la douleur vertébrale à la pression n'est plus aussi pure, il s'y joint maintenant la douleur produite par la pression sur les piqûres des sangsues et sur les petites plaies des ventouses; cependant le malade accuse

beaucoup moins de douleur à la pression qu'autrefois, il se trouve mieux, plus dispos; la céphalalgie dont il s'est plaint à différentes reprises a tout à fait cessé. Les fourmillements, l'engourdissement qu'il éprouvait au bras gauche ont, au contraire, augmenté; la sensibilité de cette partie est considérablement diminuée; on peut la piquer, la pincer très-fortement, il dit à peine le sentir. Par intervalles il y éprouve des crampes; à part cela, les mouvements du membre restent libres. Le malade accuse un peu de douleur au genou et dans toute la jambe gauche.

L'état général du sujet continue à être à peu près le même jusqu'au 10 décembre; ce jour-là, il éprouve un accès fébrile, qui dure depuis onze heures du soir jusqu'à trois heures du matin. Le 12, un accès égal en durée et en intensité a lieu à la même heure.

Le 14 décembre, les piqûres des sangsues et les incisions des ventouses ne sont plus du tout douloureuses, les pustules stibiées sont entièrement desséchées; en examinant de nouveau la colonne vertébrale, on remarque qu'il n'existe presque plus de douleur à la pression des vertèbres cervicales; mais la douleur paraît avoir un peu augmenté vers la quatrième vertèbre dorsale. Deux moxas d'amadou, trempé pendant 24 heures dans une forte solution de nitrate de potasse, furent appliqués, l'un à l'endroit correspondant à la première, l'autre entre la troisième et la quatrième vertèbres dorsales.

A partir de cette époque, une amélioration graduelle eut lieu du côté du bras gauche, et vers la fin du mois, on n'observait plus rien d'anormal dans l'état et les fonctions de ce membre.

Le 1er janvier, le malade a un accès fébrile vers dix heures du matin. Le 3, nouvel accès à midi. Je prescris six pilules fébrifuges, contenant chacune deux grains de sulfate de quinine, que le malade prend de deux heures en deux heures de manière que la dernière est administrée trois ou quatre heures avant le prochain accès; le 5, le malade n'éprouve qu'un léger frisson.

Le 17, nouvel accès fébrile à quatre heures du soir. Huit pilules fébrifuges sont administrées le lendemain. Le 19, le malade a un accès à onze heures du matin, mais peu intense et de courte durée.

Ayant remarqué que la fièvre avait une tendance à reparaître après 12 à 15 jours, ce qui résultait également des renseignements fournis par le malade sur son état antérieur à son entrée à l'hôpital militaire d'Anvers, je prescrivis le 30 janvier six pilules fébrifuges, pour prévenir l'apparition d'un nouvel accès fébrile. Le malade n'en a plus éprouvé, l'état du bras continue à être satisfaisant, les plaies produites par les moxas sont cicatrisées, la pression sur la colonne vertébrale ne réveille plus aucune douleur; la rate n'offre plus la moindre trace d'intumescence, et le sujet sort de l'hôpital le 21 février 1842.

Ce fait peut encore servir à prouver l'existence de la douleur vertébrale sous la pression dans les fièvres intermittentes de longue durée; mais l'état complexe de la maladie le rend moins concluant dans ses conséquences. Indépendamment des lésions propres à la fièvre intermittente chronique, il devait y en avoir une autre sous la dépendance de laquelle se trouvait la paralysie commençante observée dans le bras gauche; ces deux

affections avaient pour point de départ, un même organe. Était-ce là une simple concomitance; ou bien l'altération rachidienne résultant de la longue durée et de l'intensité de la fièvre avait-elle été portée au point de déterminer la semi-paralysie, ainsi que l'a soupçonné M. Gouzée? Questions extrêmement ardues, pour la solution desquelles je ne me perdrai pas en de vaines conjectures sur la foi d'une seule observation, mais qui pourront recevoir un jour une solution définitive lorsque l'attention dirigée sur ce sujet aura permis de saisir tous les rapports qui existent entre les faits de *la mystérieuse histoire des fièvres intermittentes*, d'après l'heureuse expression de M. Gouzée.

Il est une réflexion que cette observation doit faire naître, lorsqu'on la compare à celle dont M. Gouzée a donné la relation. Suffit-il de se borner toujours à traiter le point douloureux de la colonne vertébrale, et l'administration du sulfate de quinine devient-elle superflue? Les faits cités par M. Gouzée attestent suffisamment qu'il peut en être ainsi; le fait que nous rapportons tend à faire croire que, dans ce cas, les moyens locaux dirigés sur la partie de la colonne épinière douloureuse à la pression, ont ramené l'affection intermittente à son état simple, dont le quinquina a bientôt triomphé. Il n'existait, depuis quelque temps, plus d'autre douleur à la pression de la colonne vertébrale que celle occasionnée par les plaies non encore cicatrisées des moxas, et des accès fébriles ont encore lieu, ce qui donne à penser que l'administration du fébrifuge peut quelquefois encore devenir nécessaire.

Votre Commission, messieurs, vous propose d'insérer l'intéressante production de M. Gouzée dans les Annales de notre Société, de voter des remercîments à l'auteur et de le prier de nous communiquer fréquemment les résultats de ses observations.

Anvers, le 23 février 1842.

Société des Sciences médicales et naturelles de Malines.

ANALYSE DE L'OUVRAGE INTITULÉ :

Ueber die Unsicherheit der Erkenntniss des erloschenen Lebens. Nebst Vorschlaegen zur Abhülfe eines dringenden Bedürfnisses fur Staat und familie.

Von Michael Benedict LESSING.

Berlin, 1836 (in-8° de 167 pages, Bruxelles, chez Muquardt).

Présenté par l'auteur à la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines.

Ce livre, comme le dit l'auteur dans sa préface, est écrit pour les personnes étrangères à l'art de guérir. Parmi celles-ci, il le destine particulièrement aux membres des conseils ministériels, provinciaux et communaux, aux personnes qui, sans être médecins, font partie des Conseils de salubrité publique et de police médicale; enfin, au clergé et à tout père de famille, qu'une éducation soignée met en état de juger sainement la question. Il veut leur démontrer par des preuves physiques, par des expériences, et par des exemples historiques, qu'il est non-seulement possible d'être enterré vivant, mais même que personne ne peut compter sur la probabilité d'échapper à ce triste sort. Pour l'éviter, il croit et il tâche de prouver qu'il n'existe qu'un seul moyen : *l'établissement de maisons mortuaires.*

Nous allons examiner rapidement chacune des parties de ce travail pour voir comment l'auteur arrive à cette conclusion.

Après avoir dépeint la négligence, l'atrocité même, avec laquelle on traite un parent, un ami, dès qu'il a rendu, comme on le dit, le dernier soupir, il établit que, de même que chez le fœtus la vie augmente graduellement et ne se fait sentir que vers le cinquième mois, de même dans le passage de la vie à la mort, l'existence ne se perd que par degrés, et que la sensibilité, l'irritabilité et la vie animale ne s'éteignent qu'après un certain laps de temps. Il en déduit, qu'alors seulement lorsque les signes de

putréfaction se manifestent, c'est-à-dire lorsque la vie animale s'est changée en vie végétative, on peut être certain de la mort réelle.

Suivant notre auteur, tous les autres signes rapportés par les écrivains comme *criteria* de la mort apparente, tels que : le froid glacial, la rigidité des articulations, l'absence du pouls et de la respiration, la perte de la contractilité et de la sensibilité, le relâchement des muscles, surtout des sphincters, le défaut d'écoulement du sang à l'ouverture d'une veine, l'affaissement du globe oculaire, les taches et l'odeur cadavériques, sont loin d'être des indices certains que la vie animale a cessé entièrement. Cette opinion, il la prouve, en rapportant des exemples de personnes crues mortes chez lesquelles un ou plusieurs de ces signes existaient et qui, cependant, ont été rappelées à la vie.

La *durée* de la mort apparente fait ensuite l'objet de ses recherches et il établit sa *possibilité* en en rapportant quarante-huit exemples puisés dans les écrits des anciens et des modernes. Parmi ceux-ci il relate un fait arrivé sous ses yeux à Kœnigsberg en 1835.

Il recherche ensuite quels sont l'âge, le sexe, les maladies et les passions qui exposent le plus à la mort apparente.

Après ces préliminaires, il part du principe qu'il a établi, que la putréfaction seule indique la mort réelle, pour en déduire que, dans tous les cas il faut attendre sa présence avant d'enterrer les cadavres, et, comme ceci pourrait présenter des inconvénients graves pour la santé des personnes qui habitent la maison dans laquelle est décédé le malade, il propose comme seul moyen efficace et parant à tous les inconvénients, l'établissement de maisons mortuaires.

Il se demande ensuite, puisque telle est l'utilité de ces maisons, pourquoi elles n'existent pas partout ? En réponse à cette question, il énumère toutes les objections qui ont été faites ou qui pourraient être faites contre leur établissement et les réfute victorieusement. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici les raisons pleines de vigueur et de bon sens avec lesquelles il les combat. A la suite de ces raisons, il exhorte vivement le clergé de se joindre aux médecins pour instruire le peuple des dangers attachés aux inhumations précipitées ; il s'adresse aux autorités constituées pour leur faire voir la nécessité de prendre des mesures efficaces, afin qu'aucun membre de la société ne lui soit ravi avant sa mort réelle ; il conjure ses concitoyens, par les liens d'amour, qui les attachent à leurs parents défunts par la peinture de l'horrible mort que doit souffrir celui qui est enterré vivant, à ne pas permettre que l'on procède à l'inhumation de leurs proches, avant l'existence du seul signe certain de la mort réelle, de la putréfaction commencée et dûment constatée dans les maisons mortuaires.

Jusqu'ici l'auteur a cherché à démontrer *pourquoi* l'établissement de maisons mortuaires était nécessaire ; il termine sa tâche en indiquant *comment* ces établissements pourraient être construits et *par quels moyens* on pourrait subvenir aux frais qu'entraîneraient leur construction et leur entretien. Ces considérations sont pleines d'intérêt ; on y remarque surtout un projet de règlement pour le service de ces maisons, qui ne laisse rien à désirer.

L'ouvrage est écrit avec goût et simplicité, la lecture en est entraînante,

et il ne s'y trouve aucun mot qui ne puisse être compris par les personnes les plus étrangères à l'art de guérir. Nous croyons pouvoir en recommander la lecture à ceux des membres de l'Académie royale de médecine de Belgique, qui sont chargés du *Rapport sur la police des inhumations*. Ils y trouveront des considérations de la dernière opportunité sur les maisons mortuaires déjà établies en Allemagne.

Malines, janvier 1842.

Dr P.-J. VANMEERBEECK.

OBSERVATION,

SUIVIE DE

RÉFLEXIONS, D'UNE OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE SANS SUCCÈS;

Par P.-J. HENDRICKX, docteur en médecine, etc., membre effectif.

Marie Thérèse Mertens, âgée de 39 ans, d'une taille beaucoup plus que moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, détérioré depuis ses trois dernières grossesses, mère de six enfants, dont les cinq premiers sont nés vivants par des parturitions naturelles, accoucha d'un premier enfant le 13 septembre 1831. Ses deux accouchements suivants, faciles et prompts, n'offrirent rien de particulier; pendant sa quatrième grossesse, elle commença à ressentir les symptômes d'un rhumatisme articulaire et fibreux, qui disparurent totalement après ses couches. Au commencement de sa cinquième grossesse, elle éprouva de nouveau cette affection; ses mouvements devenaient incommodes; sa marche était tellement difficile, que pour parcourir un chemin de dix minutes, elle avait besoin d'une heure. Son accouchement, qui eut lieu alors, fut laborieux et se termina après 24 heures de travail. Enceinte pour la sixième fois, du mois d'avril 1841, elle commença à ressentir encore des douleurs rhumatismales, et ce n'est qu'au mois d'octobre qu'elle réclama mes conseils, pour remédier à une immobilité complète des membres inférieurs. J'examinai son état : ses articulations raides ne permettaient ni l'extension ni l'abduction des membres inférieurs; des douleurs continues se propageaient depuis la région lombaire jusqu'à la partie inférieure des cuisses, elles augmentaient, surtout par les mouvements

qui voulaient opérer la distension des muscles; une vraie ankylose des articulations fémoro-coxales me paraissait suspendre les mouvements des parties affectées : sa grossesse, comme elle déclarait, avait entraîné leur immobilité. Aucun moyen thérapeutique n'a été prescrit.

Le 6 décembre, dans la soirée, apparurent les premières douleurs de l'enfantement; appelé le 7 à sept heures du matin, je m'aperçus que les douleurs étaient lentes et peu expulsives : en touchant la femme, je cherchai vainement l'orifice du col, il me fut impossible d'y parvenir avec le doigt, le rapprochement anormal des branches du pubis et des tubérosités ischiatiques y mettant obstacle : je trouvai l'espace de l'arcade du pubis tellement étroit, que je crus l'accouchement impossible. Je proposai une consultation : la femme refusa, elle prétendit que je l'avais accouchée cinq fois, que la sixième fois une consultation était inutile. J'insistai, mais elle écarta toute proposition, ne répondant que par des larmes, et prédisant sa mort prochaine. Une consultation eut néanmoins lieu à dix heures et demie; le consultant, trouvant l'accouchement contre nature, proposa un troisième accoucheur. Celui-ci, en touchant la femme, s'aperçut que les eaux s'étaient écoulées et que le cordon ombilical se présentait; après avoir introduit la main dans le bassin, il déclara que l'espace entre la cavité cotyloïde droite et la symphise sacro-iliaque gauche, permettait l'accouchement. Nous convînmes de temporiser jusqu'à six heures du soir : à l'heure indiquée, deux de nous déclarèrent l'accouchement possible, un le considéra comme impossible. On demanda le conseil de trois autres confrères; deux de ceux-ci, après avoir examiné le bassin, se prononcèrent pour l'impossibilité de l'accouchement. Cette controversion souleva des discussions, à la suite desquelles la gastro-hystérotomie fut proposée.

Je déclarai que, vu l'impossibilité instantanée de l'excérébration, ce serait téméraire de procéder à l'opération césarienne, pour extraire un cadavre, puisque, d'après ce qui avait été constaté, la tête se trouvait dans la deuxième position, et pouvait franchir l'entrée du bassin; qu'on pouvait alors ouvrir le crâne et terminer l'accouchement. Cette opinion fut rejetée; on me demanda d'examiner le bassin. J'introduisis la main dans le détroit inférieur, je trouvai l'espace entre la cavité cotyloïde droite et la symphise sacro-iliaque gauche assez grand pour que la tête pût franchir le détroit supérieur. Je proposai de temporiser, et nous abandonnâmes l'accouchement à la nature. Je restai seul spectateur. De dix heures à minuit, des douleurs assez vives se succédèrent; la tête s'engageait dans le détroit supérieur; la femme, quoique découragée, conservait ses forces. Vers une heure après minuit, ayant remarqué quelques vomissements, que le travail languissait, que la femme se plaignait de faiblesse, je la touchai : je m'aperçus qu'une hémorrhagie s'était déclarée : j'examinai le pouls, il était faible et petit, sans fréquence. Inquiet de cet état, je me décidai à demander le conseil de deux confrères. Ces Messieurs voyant ces symptômes alarmants, envoyèrent demander les autres. Dans cette réunion, nous convînmes de procéder à la gastro-hystérotomie.

Une incision longitudinale fut pratiquée sur la ligne blanche, depuis le dessous de l'ombilic jusqu'à un pouce au-dessus du pubis. La matrice fut incisée depuis l'angle supérieur de la plaie du ventre, jusqu'à un pouce

au-dessus de l'angle inférieur. L'extraction de l'enfant, probablement mort depuis la veille, offrit beaucoup de difficultés, parce que la tête était fortement engagée dans le détroit supérieur. L'enlèvement de l'arrière-faix, qui se présentait d'abord à l'incision de la matrice, fut ensuite pratiqué. Après avoir écarté les intestins de la plaie de la matrice, et introduit une bandelette de linge effilé dans l'angle inférieur de la plaie, il fut procédé, au moyen de trois épingles, à la suture entortillée de la plaie de l'abdomen. quelques bandelettes agglutinatives, une compresse carrée et un bandage de corps modérément serré, complétèrent l'opération.

Depuis quatre heures du matin jusqu'à huit heures je surveillai la malade; après quelques vomissements, un écoulement sanguin se fit par l'écartement inférieur de la plaie, dont je parlai à trois de mes confrères, qui étaient venus voir la malade à dix heures du matin. Mais comme le pouls était fort, cet écoulement ne nous inquiéta pas.

A quatre heures de l'après-dîner, la femme était dans un état satisfaisant, je la sondai.

Absent, lors de l'arrivée de mes confrères, ils trouvèrent à sept heures du soir la femme dans le meilleur état.

A neuf heures du soir, je la vis; même état satisfaisant; cathétérisme.

A six heures du matin, je trouvai la malade dans un état désespéré; le sang, dont l'appareil, le linge et les draps de lit étaient imbibés, me fit croire à une nouvelle hémorrhagie : des vomissements continuels; une agitation extrême; des sueurs froides avaient lieu; pouls imperceptible. Des fomentations froides sur le bas-ventre, une potion légèrement excitante furent administrées inutilement; la malade succomba à neuf heures du matin.

Autopsie.

Après avoir enlevé la suture entortillée, et écarté les bords de la plaie, nous vîmes la matrice incisée depuis sa partie supérieure jusqu'à deux pouces du col; l'épaisseur des bords de la plaie était de trois pouces. Sur les côtés de cet organe, on trouva quelques caillots de sang; dans le petit bassin, à l'entour du col et du vagin, il y avait une grande quantité d'un liquide noirâtre. Les organes abdominaux ne présentèrent rien de remarquable; la vessie intacte était vide. Par suite d'une mort aussi prompte, il n'y avait aucune trace d'agglutination.

Le bassin a été emporté et disséqué; nous en donnons la mensuration.

Mensuration du bassin.

Le bassin ci-joint, considéré isolément des parties qui l'environnent, est une sorte de cavité plus irrégulière, que celle d'un bassin bien conformé.

Au détroit supérieur :

	pouces	lignes.
Diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien, . .	4	0
» transverse, ...	5	0
» diagonal ou oblique droit, ...	4	6
» » » gauche, ...	5	0
Distance de la saillie du sacrum au point qui correspond à la partie antérieure de la cavité cotyloïde gauche, ...	2	10
Distance du même point du sacrum à celui de la marge, qui correspond à la partie antérieure de la cavité cotyloïde droite.	2	0

Détroit inférieur.

Diamètre antéro-postérieur, ...	4	7
» transverse, ...	3	6
» diagonal ou oblique droit, ...	3	8
» » gauche, ...	3	8
L'écartement des deux branches du pubis au-dessous de la symphise, ...	0	6
L'écartement des mêmes branches au-dessus des deux tubérosités ischiatiques, ...	1	0
Distance des deux tubérosités jusqu'au coccyx. . .	2	6

Réflexions.

Curieux de m'assurer du mouvement journalier des sciences que je cultive, j'avais vu dans des observations médicales, il y a quelques années, que l'usage interne de l'huile de morue avait la propriété de ramollir les os et de produire ainsi le rétrécissement du bassin. Je crus alors de mon devoir de défendre aux femmes enceintes affectées de rhumatisme chronique, l'emploi de ce remède : mais depuis le mois de septembre jusqu'au mois de décembre 1841, j'ai été surpris que mon conseil était non-seulement inutile, mais même dangereux. De cinq femmes affectées de rhumatisme, trois, qui avaient fait usage d'une grande quantité d'huile de baleine, malgré ma défense, ont accouché d'enfants vivants : deux qui n'avaient voulu user de cette médication, ont succombé en couches : de ce nombre est la femme de notre observation.

Au mois d'août 1839, je fus appelé par la sage-femme Melis, pour secourir l'épouse Josse, en travail depuis 24 heures, habitant, près du rempart de Neckerspoel, une maison basse, humide et très-malsaine, entourée d'arbres qui empêchaient l'accès des rayons du soleil. Le toucher me fit reconnaître le rapprochement des deux branches du pubis : la tête se

présentait dans la première position, elle se trouvait engagée en grande partie dans le détroit supérieur. Le cordon ombilical pendait hors de la vulve.

Cette femme, atteinte de rhumatisme chronique depuis quelques années, ne pouvait plus marcher. Selon son aveu, elle avait pris, hors le temps de ses grossesses, plus de six pots d'huile de baleine. A cause de la mort de l'enfant, et de l'inutilité de plus fortes douleurs pour l'expulser, je l'ai accouchée à l'instant au moyen de l'excérébration ; en peu de jours, elle était rétablie.

Après ses couches, elle recommença à faire usage de l'huile de baleine, de manière qu'elle croit en avoir pris encore plus de trois pots depuis le mois de septembre 1839, jusqu'au commencement de 1841, époque d'une nouvelle grossesse.

En travail, au mois de septembre 1841, depuis douze heures, je fus demandé par la même sage-femme, pour venir secourir une seconde fois cette malheureuse. Examinant la position de l'enfant je touchai la tête au-dessus du détroit supérieur : les eaux étaient écoulées, les douleurs étaient fréquentes et expulsives. Devant partir pour un village à deux lieues de la ville, pour une consultation dans un autre accouchement laborieux, je promis à la sage-femme d'être de retour après minuit. A 3 heures de la nuit, l'accoucheuse voyant les douleurs insupportables, me fit appeler. Quel fut mon étonnement ! avant mon arrivée, un enfant fort et bien portant était né. Je prononce, que tout accoucheur, en touchant cette femme, eût déclaré son accouchement impossible.

J'aurais voulu me dispenser de parler de cette observation, mais la bonne foi me force de faire part de mes réflexions avec impartialité. En jetant un regard attentif sur les suites des opérations césariennes, on reconnaît que, s'il en est qui ont été heureuses pour la mère et l'enfant, il en est d'autres, et c'est le plus grand nombre, qui n'ont eu pour résultat que la mort de la femme. Quoi qu'il en soit, l'opération césarienne doit se faire, lorsque l'issue de l'enfant est physiquement impossible par les voies naturelles. Cette opération a éprouvé diverses vicissitudes ; tour à tour employée sans mesure, abandonnée ensuite, proscrite même à cause de ses dangers, elle doit être considérée comme un moyen violent, comme une opération très-dangereuse ; mais comme elle est la dernière et unique ressource qui reste à l'art pour sauver la mère et l'enfant d'une mort certaine, elle doit être pratiquée avec le plus grand discernement.

Quel est le degré d'étroitesse pelvienne, où l'on ne peut espérer d'amener l'enfant par la voie naturelle, et où, par conséquent, doit commencer cette indispensable nécessité ? Ceci est le point le plus délicat de la pratique des accouchements.

On est d'accord que cette opération ne doit être pratiquée que lorsque le bassin a moins de deux pouces et demi de devant en arrière, dimension extrêmement rare, qui doit faire réfléchir les accoucheurs destinés à exécuter cette opération. Rien, vraiment, n'est plus difficile que de constater les vraies dimensions d'un bassin mal conformé, comme le prouve notre observation de cette femme, mère de cinq enfants vivants, atteinte, depuis quelques années, d'un rhumatisme, et qui aurait probablement accouché

d'une manière naturelle à son sixième accouchement, sans un accident survenu pendant son travail. La mensuration du bassin le prouve.

Si nous considérons que la difficulté de l'accouchement est, en général, d'autant plus grande que l'étroitesse du bassin est plus considérable, nous serons surpris que malgré ce principe général, des obstacles notables n'ont pas toujours été insurmontables aux agents naturels de la parturition. En consultant des auteurs célèbres, nous voyons que la femme a pu expulser des enfants vivants, dans des cas où les diamètres de leur bassin n'avaient que trois pouces, même trois pouces moins un quart. Ces accouchements naturels, mais laborieux, étaient terminés par le chevauchement des os du crâne, qui favorisait l'allongement de la tête et lui donnait la forme nécessaire à son passage. Si la femme a pu se délivrer seule d'un enfant vivant, malgré cette grande disproportion qui devait nécessairement exister entre le diamètre de la tête et celui du bassin, que ne pouvons-nous pas attendre de la nature, lorsque l'enfant est mort? Ces exemples extraordinaires doivent nous faire faire bien des réflexions.

En refléchissant à la mensuration du bassin de notre femme, nous serons convaincus, que les dimensions n'étaient pas telles qu'elles pussent mettre totalement obstacle à l'ordre naturel de l'accouchement. L'examen nous montre que les difficultés que la nature devait surmonter, dépendaient uniquement de quelques points du contour des détroits; les grands diamètres sont à peu près d'une étendue naturelle. Cette femme a subi l'opération césarienne, mais moins, selon mon opinion, pour une impossibilité d'accoucher, que pour l'hémorrhagie, qui nous a contraints à cette unique ressource; elle a été fatale! En lisant les observations récentes sur les suites des opérations césariennes, nous trouvons que la plupart ont été couronnées de succès; nous n'avons pas été aussi heureux; notre cas mérite d'être considéré sous un point de vue différent.

Dans une ville peuplée d'un grand nombre d'accoucheurs, c'est un devoir de l'homme de l'art, dans des cas douteux, de consulter ses confrères: par ces consultations le moral de la femme est affecté, les parties sexuelles, par un examen répété, ne peuvent que subir des désordres, l'insuccès d'une opération aussi grave y est pour ainsi dire certain. Il n'en est pas de même dans les campagnes où l'issue de l'opération césarienne est plus heureuse; un seul accoucheur y décide de la nécessité d'employer l'instrument tranchant : la femme n'a pas le temps de se troubler, ses parties sont intactes : nous ne décidons pas quelle est la conduite la plus sage : mais ce que nous avançons est prouvé par un fragment d'un article, *Première grossesse, opération césarienne;* par M. Paul Dubois (1).

Le 3 février, douzième jour de l'opération césarienne, le bien-être se maintien, l'état de la malade est de plus en plus satisfaisant, et tout fait espérer la continuation de cet heureux succès.

Si, comme on a droit de l'attendre maintenant, cette malade se rétablit, ce fait aura un double intérêt, celui de la conservation de la vie de l'enfant, et celle de la mère, succès trop rare malheureusement : ce sera aussi le premier cas d'opération césarienne, suivie de la guérison de la mère de-

(1) *Gazette des Hôpitaux du 13 février.* (*Encyclographie*, 1840.)

puis qu'on la pratique à Paris. Pour sa part, M. Dubois l'a déjà tentée quatre fois sans compter celle-ci, et les malades ont succombé.

Malheureusement cette amélioration ne continua pas, et l'espoir de la guérison s'évanouit à dater du 5 février; le 9, à neuf heures du soir la malade succomba.

En résumé, que cette opération ne soit pratiquée qu'avec discernement, et lorsque les ressources de la nature sont vraiment reconnues insuffisantes. Nous ne croirons jamais que les suites de l'hystérotomie, quoiqu'elle soit faite dans le temps d'élection, ne sont pas plus dangereuses que les suites d'une parturition laborieuse (1).

Pétronille Hendrix, a pris à l'intérieur, trois à quatre litres d'huile de baleine, pour remédier à une marche difficile, elle a été guérie. Malgré le rapprochement des branches du pubis, je l'ai accouchée à la fin de l'année de 1839, par l'excérébration, l'enfant était mort, le cordon ombilical se présentait depuis vingt-quatre heures; feu M. Backx, docteur en médecine et en accouchement, était consultant.

Le 25 novembre 1841, elle accoucha d'un enfant vivant.

Catherine Meysmans accoucha d'un enfant vivant le 28 novembre 1841, malgré le rapprochement des branches du pubis. Elle avait pris au moins 4 pots d'huile de baleine pour remédier à une marche incommode : elle est guérie.

Marie Bolyau ne pouvait marcher, elle n'a jamais voulu prendre l'huile de baleine, à cause du rapprochement des branches du pubis; son accouchement était laborieux.

Elle fut accouchée selon l'art le 2 décembre 1841. Le 4 du même mois, elle succomba (2).

Rapport sur le mémoire qui précède (3).

Messieurs,

L'observation qui précède et que nous avons été chargés d'examiner, nous paraît sous plus d'un titre, mériter l'attention du praticien.

(1) *Observation de gastro-hystérotomie;* par M. Hoebeke. (*Bulletin de la Société de médecine de Gand,* 1839.)

(2) Ayant accouché un grand nombre de femmes affectées de rhumatisme, l'expérience m'apprend aujourd'hui, que le rapprochement des branches du pubis reconnaît pour cause le rhumatisme articulaire. Car les femmes affectées de cette maladie chronique, qui font usage de l'huile de baleine, guérissent, ou éprouvent une amélioration sensible, de sorte que la difformité du bassin, qui existe, n'augmente plus.

(3) MM. Bulckens, Taglioretti, *Commissaires;* Cornelius, *rapporteur.*

L'auteur y met à l'évidence, et avec toutes les circonstances commémoratives et nécroscopiques, un cas d'accouchement des plus épineux que puissent offrir les Annales d'obstétrique. Il fait suivre immédiatement ce travail de réflexions et de notes pratiques non moins curieuses, tendantes à appuyer son opinion diamétralement opposée à celle émise par d'autres praticiens, sur les effets de l'huile de foie de morue (ol. jecoris azelli), prise intérieurement dans les affections rhumatismales coxo-fémorales chroniques des femmes enceintes.

D'abord nous regrettons avec l'auteur qu'après tant de peines et de veilles, tant de précautions et de prudence, tant d'opinions admises, rejetées et reprises dans les fréquentes réunions consultatives, il ait fallu enfin recourir au moyen extrême de la gastro-hystérotomie, dont l'issue devait être si fatale quelques heures après l'opération ! Mais ce qui est d'autant plus déplorable, c'est que cinq délivrances naturelles et suivies de cinq enfants vivants ont déjà eu lieu, les unes moins laborieuses que les autres ; c'est que les dernières explorations par le toucher avaient quasi entièrement dissipée les craintes que les premières avaient fait naître ; la suffisance de l'espace requis pour le passage par les voies naturelles fut reconnue, et constaté ensuite par l'autopsie ; nous y voyons que les douleurs lentes et peu expulsives reprennent avec force de dix heures à minuit ; la tête se trouve engagée dans le détroit supérieur, et même assez fortement, d'après les détails donnés sur l'opération ; nonobstant toutes ces chances favorables si impatiemment désirées et enfin obtenues, la sanglante opération n'a pu être évitée ; rien n'a pu encore militer en faveur, si non d'un accouchement forcé, du moins d'une excérébration. Il est vrai que l'auteur avoue que dans son opinion, l'opération n'a été pratiquée qu'à cause d'une hémorrhagie utérine interne. Quoi qu'il en soit, nous respectons les décisions prises ; et par ce relevé nous avons voulu seulement motiver le regret que nous partageons avec lui sur la fatalité du cas.

Nous convenons avec l'auteur que l'opération sanglante de la gastro-hystérotomie ne doit être pratiquée qu'avec le plus grand discernement, et seulement lorsque les ressources de la nature sont reconnues entièrement insuffisantes, mais nous ne pensons pas que le non-succès puisse dépendre uniquement des causes que l'auteur paraît attribuer aux réunions consultatives tenues en pareil cas dans les villes ; nous aimons mieux croire que les causes résultent de la prédisposition de la patiente, et d'autres complications morbides quelconques.

Quant aux propriétés thérapeutiques de l'huile de foie de morue, tant préconisée par l'auteur dans le rhumatisme fémoro-coxal des femmes enceintes, nous y rencontrons une opinion tout à fait en opposition avec celle émise par divers praticiens également recommandables. Quoique nous partageons l'opinion de M. Hendrickx, sur les effets généraux de l'huile de foie de morue, nous faisons néanmoins des vœux pour que les praticiens qui possèdent des observations sur ce sujet, les fassent connaître, afin de corroborer l'opinion généralement reçue et qui cependant a été controversée dans ces derniers temps.

En attendant, votre Commission croit de son devoir de vous proposer l'impression de cet intéressant travail.

QUELQUES MOTS

SUR LA

PRÉPARATION DE L'IODURE DE SOUFRE;

Par G. VAN MELEKEBEKE, pharmacien, membre effectif.

Les bons effets de l'iodure de soufre, dans beaucoup de maladies et surtout dans les affections scrofuleuses, étant constatés, et son usage s'étendant de jour en jour, j'ose espérer, Messieurs, que les observations suivantes sur sa préparation ne seront pas sans quelque intérêt.

Voici la formule que le nouveau Codex français en donne :

℞.	Iode (iodium).	40
	Soufre sublimé (sulphur. sublimat.) . .	10

« Broyez ensemble l'iode et le soufre dans un mortier de verre, de porcelaine ou de marbre, pour les mélanger exactement; introduisez le » mélange dans une cornue de verre placée sur un triangle, dans un fourneau à réverbère. Mettez sous la cornue quelques charbons allumés, de » manière à chauffer légèrement la masse, sans la mettre en fusion. La couleur se foncera peu à peu; quand cet effet se sera opéré jusqu'à la partie supérieure de la matière, augmentez le feu de manière à mettre l'iodure en fusion; quand il sera fondu, inclinez successivement la cornue » en divers sens, pour introduire dans la masse les portions d'iode qui se » sont volatilisées et condensées sur les parois supérieures; laissez refroidir » la cornue; cassez-là et conservez l'iodure dans des flacons bien bouchés.

Ce procédé n'est pas seulement coûteux, puisqu'on est obligé de sacrifier chaque fois une cornue, mais paraît même présenter quelques défauts. D'abord en employant une cornue, on doit naturellement opérer sur une masse plus ou moins considérable, alors aussi l'opération devient dangereuse, car la réaction étant très-vive, une explosion plus ou moins forte devient inévitable, surtout si le bec de la cornue se trouve bouché; si, au contraire, le bec est ouvert, un autre inconvénient se présente; c'est la perte d'une partie de l'iode. Il est bien vrai qu'il ne faut, qu'une douce chaleur pour unir l'iode au soufre, mais cependant il faut pour que cette combinaison ait lieu, un degré de chaleur assez élevé pour que la matière soit mise en fusion; or, l'iode étant éminemment volatil, il commence alors à se volatiliser; une partie se condense sur les parois supérieures ou dans le col de la cornue, tandis qu'une autre partie s'échappe, et on conçoit qu'il devient alors impossible d'introduire dans la masse toutes les portions de l'iode employé,

aussi la partie supérieure de la masse qu'on obtient de cette manière, contiendra une plus grande quantité d'iode que sa partie inférieure.

Pour obvier à ces inconvénients, j'ai préparé l'iodure de soufre de la manière suivante :

℞.	Iode. . . .	2 parties (1).
	Soufre lavé. .	1 partie.

Broyez ensemble ces deux substances, introduisez le mélange dans un tube en verre en le bourrant, autant que possible, jusqu'à ce que le tube soit très-bien rempli, bouchez-le hermétiquement. Chauffez d'abord légèrement jusqu'à ce que la matière commence à se foncer, augmentez alors le feu de manière à mettre l'iodure en fusion, maintenez-le pendant quelque temps dans cet état et tournez continuellement le tube pour que l'action soit uniforme, retirez-le du feu et secouez jusqu'à ce que l'iodure commence à se figer et qu'il ne se forme plus des vapeurs d'iode, ouvrez le tube et comprimez de nouveau l'iodure afin de l'avoir en beaux cylindres comme l'échantillon que j'ai l'honneur de vous présenter (2).

Vous voyez, messieurs, que ce procédé très-simple et très-expéditif, permet au pharmacien de préparer l'iodure de soufre en très-petite quantité, ce qui est déjà un très-grand avantage, vu que cet iodure est très-sujet à se décomposer, aussi doit-on le conserver, autant que possible, à l'abri du contact de l'air.

Rapport sur l'observation qui précède (3).

Messieurs,

Vous nous avez chargés de vous faire un rapport sur un mémoire intitulé : *Quelques mots sur la préparation de l'iodure de soufre*, présentés à la Société par M. Van Melekebeke.

(1) Si j'ai pris deux parties au lieu de quatre parties d'iode comme le prescrit le Codex, c'est qu'il me paraît que l'iode était en trop grande quantité comparativement au soufre et qu'alors il doit y rester une grande partie d'iode à l'état libre.

(2) Pour plus de sûreté on pourrait renfermer le tube en verre dans un autre en fer ou en fer-blanc.

(3) MM. H. Janssens, Janssens Van Diest, *Commissaires;* M. Zech, *rapporteur.*

L'auteur met en comparaison le procédé du *Codex français* avec celui qu'il a employé; nous avons trouvé celui-ci préférable au premier sous un double rapport : M. Van Melekebeke n'emploie qu'un tube de verre, qui peut servir à plusieurs reprises, tandis que d'après le Codex, on doit, pour chaque préparation, avoir une nouvelle cornue; ensuite l'auteur, opérant de cette manière sur une petite ou sur une grande quantité, obtient un avantage réel de renouveler l'iodure de soufre; il évite ainsi, la prompte décomposition de l'iodure, et le danger de voir quelquefois l'explosion de la cornue.

La Commission croit néanmoins devoir faire une remarque sur la proportion des ingrédients; le Codex emploie quatre parties d'iode sur une de soufre, tandis que M. Van Melekebeke n'emploie que deux parties d'iode sur une de soufre. Il est vrai que le procédé de l'auteur n'expose pas à une perte d'iode comme celui du Codex, cependant nous croyons que la proportion est trop petite et qu'il serait préférable d'employer trois parties d'iode sur une de soufre, pour approcher ainsi davantage des proportions de l'iodure de soufre médicinal de Soubeiran, dont les parties constituantes sont les mêmes que celles du sulphuretum iodicum de Berzélius, qui donne aussi un sulphuretum iodosum.

Le procédé de M. Van Melekebeke, offre des avantages incontestables; aussi, votre Commission vous propose-t-elle d'adresser des remercîments à l'auteur et de faire imprimer son mémoire dans les Annales de la Société.

CATALOGUE ANALYTIQUE

DU CABINET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE FONDÉ A L'HOPITAL SAINT-JEAN, A BRUXELLES.

(Suite, voir cahiers du mois de juillet 1841, page 169, janvier 1842, page 90 et février page 166.)

PERFORATIONS.

N° 85. — *Perforation intestinale.*

Historique. — Philippe Hermans, âgé de 45 ans, menuisier, très-fort, sanguin, entra le 2 septembre 1838. La veille, dans une rixe, douleur subite dans l'aine droite; il avait depuis longtemps une hernie inguinale de ce côté (treize ans). Immédiatement, développement d'une tumeur qui ne tarda pas à envahir les bourses; vomissements; douleur abdominale intense; tentatives longues et infructueuses de réduction. Le 2 septembre, à 11 heures du matin, face pâle et altérée; regard inquiet; traits exprimant la souffrance; pouls petit, misérable; corps couvert d'une sueur par expression; vomissements, etc. Région iliaque droite d'un rouge-violacé; scrotum id.; sa consistance était mollasse, œdémateuse et retenait l'impression du doigt; l'abdomen balloné supérieurement, rendait un son humorique inférieurement; suppression des selles et des urines. Diagnostic : obstacle au cours des matières fécales; péritonite consécutive. Dans l'après-midi, nouvelle descente dans le scrotum dans un effort de vomissement; réduction longue et difficile. Nouvelle intensité des symptômes. Présomption d'un étranglement interne. Apporté alors à l'hôpital, face grippée, décomposée; pouls misérable, imperceptible; extrémités froides; sueurs visqueuses; hoquet; soif inextinguible; vomissements continuels; douleurs atroces; en un mot, péritonite évidemment mortelle. Une heure plus tard, Hermans n'était plus.

Description de la pièce pathologique. — Près de la valvule iléo-cæcale, érosion de l'intestin, à bords brunâtres, ni durs, ni calleux, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Nécroscopie abrégée. — Ecchymose dans les muscles du ventre, à quatre travers de doigt au-dessus de l'anneau, sans trace extérieure à la peau. Le péritoine enflammé, brunâtre, est rempli de gaz, d'aliments et de matières fécales. Adhérences récentes entre les intestins qui contiennent beaucoup de gaz et sont recouverts de taches gangréneuses; sérosité sanguinolente dans le péricarde; adhérences anciennes des plèvres. Plusieurs fractures consolidées. (V. Pourcelet.)

N° 92 bis. — *Perforation intestinale, suite d'entéro-épiplocèle ombilicale étranglée.*

Historique.—Marie Françoise Jennart, veuve, âgée de 69 ans, pensionnaire à l'hospice des Alexiens, robuste, chargée d'un embonpoint excessif, sujette à des défaillances, fait une chute sur le ventre le 25 août 1837. Elle porte depuis de longues années, une hernie ombilicale; elle ne sait si elle était ou non réductible. Le lendemain de la chute, tuméfaction et douleur vives, insolites, à la région ombilicale; elles s'exaspèrent de plus en plus; bientôt la douleur devient intolérable.

Le 29, vomissements fréquents de boissons et de matières bilieuses; douleur sur-aiguë, fièvre; constipation opiniâtre depuis la chute. Des hommes de l'art diagnostiquent une hernie ombilicale étranglée et au moyen de quelques efforts de taxis, opèrent la réduction presque complète de la tumeur, qui, depuis le 27, avait acquis le volume du poing. Une compression est établie sur l'ombilic, et la malade est dirigée sur l'hôpital.

Les douleurs n'ont pas discontinué, le ventre est tympanisé, des plus sensibles à la pression, les vomissements ont cessé; pouls petit, serré, à 100 p. peau chaude; teinte brunâtre de la peau qui entoure l'ombilic. Le 30, la douleur est moins vive, le ventre plus météorisé; crépitation au-dessous de la peau de l'ombilic; face vultueuse, plusieurs vomissements bilieux; dans la journée, les douleurs cessent subitement, tympanite de plus en plus marquée, anxiété précordiale, froid des extrémités et mort.

Nécroscopie. — Outre les altérations décrites aux n°s 92, 92 bis et 117, peau de l'ombilic amincie, en contact immédiat avec le sac herniaire, qui est perforé par trois piqûres de sangsues appliquées, la veille de la mort, sur la peau ombilicale.

Sac herniaire vaste, formé par le méso-colon transverse.

Cavité péritonéale contenant de la sérosité albumineuse, mêlée à des matières fécales. Les autres organes ne présentent pas d'altération essentielle. (Simonart.)

N° 212. — *Perforation stomacale ancienne, en partie obturée par le foie; perforations accidentelles.*

Historique. — Laurent Desmedt, âgé de 30 ans, journalier, lymphatique, habituellement bien portant, est malade depuis quatre mois, tousse, crache fréquemment, dyspnée; une fois ses crachats ont été teints de sang. Il a perdu l'appétit, soif, diarrhée, souvent des vomissements, douleurs parfois très-vives au creux de l'estomac; points pleurétiques fréquents. Il ne s'est donné aucun soin.

Entré à l'hôpital le 9 janvier 1838, il offre beaucoup des signes qui font présumer une phthisie pulmonaire; nous fîmes peu d'attention aux signes offerts du côté des voies digestives, tout en les attribuant à des ulcérations intestinales, coïncidant avec les tubercules pulmonaires. Le 19, il n'offrit aucune douleur, ne se plaignit que de sa toux, du défaut d'appétit et de

diarrhée. Le 20, à la visite, point violent au côté gauche, bientôt après surviennent tous les symptômes d'une péritonite par perforation; Desmedt y succombe dans la soirée.

Nécroscopie.—Nous ne découvrîmes pas un seul tubercule; adhérences pleurétiques anciennes très-nombreuses, à gauche surtout; péritonite violente; l'épanchement est mêlé de matières semi-chymifiées. Concrétion stercorale dans l'estomac.

Description de la pièce pathologique. — La perforation ancienne existe à droite et immédiatement au-dessous du cardia; derrière elle, une portion du foie; les perforations accidentelles existant plus bas et à droite, ont été produites par les côtes devenues tranchantes par leur section au moyen du costoton. (SIMONART.)

N° 218. — *Perforation multiple de l'estomac, le long de la petite courbure.*

Historique. — L'avoué D....., grand mangeur, ayant fait vers la fin de janvier 1839, un repas copieux, consistant en charcuteries, champignons, cornichons, etc., chez D....., rentre chez lui vers huit heures du soir; symptômes d'indigestion; dans la nuit un médecin est appelé; outre les symptômes d'indigestion ordinaire, il croit reconnaître ceux d'une péritonite intense, et traite M. D..... en conséquence. Le lendemain dans la journée, M. V..... est appelé et reconnaît tous les symptômes de l'empoisonnement par les champignons; il porte un pronostic très-fâcheux : une heure après le malade n'était plus.

Description de la pièce pathologique. — L'estomac a été incisé sur le cadavre, entre la grande et la petite courbure, à deux pouces environ et dans la direction de cette dernière; l'incision s'est terminée d'un côté au cardia, et de l'autre, au pylore; l'estomac est suspendu par les deux ouvertures. Au milieu d'une plaque gangréneuse, située le long de la petite courbure, on voit une perforation multiple, comme criblée, qui avait livré passage à des matières alimentaires qui s'étaient épanchées sur la surface convexe du foie, sans toutefois déterminer des traces de péritonite générale. L'estomac a une vaste capacité; il présentait à l'autopsie plusieurs plaques inflammatoires plus ou moins avancées, plaques que la macération a fait disparaître; la muqueuse présentait généralement une couleur rouge-brunâtre.

N. B. La cavité stomacale était remplie d'aliments : truffes, cornichons, pommes, champignons, viande, etc.; les intestins n'étaient point altérés.

Tout le corps était emphysémateux. (V. POURCELET.)

PHLÉBITE.

N° 28. — *Veines enflammées.*

Historique. — Louis Schayès, âgé de 72 ans, fut admis à l'hôpital le 14 août 1837. D'une constitution peu forte et peu sanguine, ex-peintre, il avait eu pendant l'été, une attaque d'apoplexie à la suite de laquelle il conserva une semi-paralysie du sentiment, du mouvement et des douleurs de tête. Pendant son séjour à l'hôpital, il eut à diverses reprises des attaques de goutte, à laquelle il était sujet depuis une vingtaine d'années, et plusieurs érysipèles à la face. Le 11 décembre 1837, nouvel érysipèle auquel le malade succombe.

Nous avons trouvé deux kystes dans le cerveau, etc.

Description de la pièce pathologique. —Tronc de la fémorale.—Parois internes du cœur, des artères et des veines d'un rouge-vif dans toute leur étendue, offrant çà et là dès plaques d'un brun-foncé.

(V. Pourcelet.)

PHTHISIE.

N° 29. — *Vaste caverne pulmonaire avec épaississement et adhérence pleurétique, etc.*

Historique. — Charles Smits, tailleur, âgé de 44 ans, entré le 3 août, mort le 31 octobre 1837.

Il offrait depuis un an, tous les signes de la phthisie pulmonaire, à l'exception de l'hémoptysie à laquelle il n'a jamais payé son tribut.

Description de la pièce pathologique. — Adhérences fibro cartilagineuses entre les plèvres costale et pulmonaire gauches ; caverne énorme, à brides transversales, à parois lisses, polies et peu épaisses, dans lesquelles on voit les vaisseaux sanguins intacts, communiquant avec d'autres cavernes plus petites et avec les grosses bronches qui sont coupées perpendiculairement à leur calibre ; cette caverne augmentée de grandeur par de plus petites qui y aboutissent, a seulement, pour paroi, à sa partie latérale externe, dans l'étendue d'un franc, la plèvre épaissie; elle occupe presque tout le lobe supérieur du poumon gauche, et contient un liquide grisâtre, grumeleux, semblable à celui de l'expectoration. Plus bas, on voit la séparation des deux lobes, par la plèvre cartilagineuse. (V. Pourcelet.)

N° 30. — *Épaississement fibro-cartilagineux de la plèvre; vaste caverne multilobulée.*

Historique. — Jean Plisters, cocher, âgé de 40 ans, entré le 4 novembre 1837, mort le même jour. Issu de parents sains, sobre, bien constitué;

les personnes qui l'accompagnent attribuent sa maladie à une fluxion de poitrine négligée; il éprouva depuis trois ans, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire.

Description de la pièce pathologique. — Adhérences générales, fibreuses, entre les plèvres costales et pulmonaires, cartilagineuses entre les lobes des poumons; le poumon gauche est occupé à sa partie supérieure, par une vaste caverne, à compartiments nombreux qui s'abouchent les uns avec les autres, et traversée par un grand nombre de brides qui se dirigent dans tous les sens; sa partie inférieure, ainsi que le poumon droit, est garni de tubercules et contient un grand nombre de cavernules.

(V. Pourcelet.)

N° 32. — *Vaste caverne occupant tout le lobe supérieur du poumon droit.*

Historique. — Spinette, Rosalie, couturière, âgée de 23 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution affaiblie, entra à l'hôpital le 13 mars 1838, et y succomba le 9 décembre de la même année.

D'après les renseignements donnés par la malade, ses parents étaient morts phthisiques. A son entrée, elle reportait l'invasion de sa maladie à huit mois, époque où elle fut prise d'un point pleurétique, accompagné de toux sèche, de dyspnée, etc., qu'elle regarda comme un échauffement. Mais bientôt son état s'aggrava, et les symptômes de phthisie commencèrent à devenir plus tranchés; pendant son séjour à l'hôpital, elle en offrit tous les symptômes, et parcourut toutes les périodes de la maladie avec assez de lenteur, jusqu'à ce qu'enfin réduite au dernier point du marasme, elle succomba, entraînée par l'impossibilité de respirer et par les ravages d'une fièvre hectique à son plus haut degré d'intensité.

Description de la pièce pathologique. — Le *poumon droit* était adhérent à la plèvre costale, au moyen de plusieurs fausses membranes, assez épaisses et très-résistantes; des adhérences étaient plus multipliées à la partie supérieure du poumon; la plèvre elle-même était assez épaisse en divers endroits. A l'ouverture de la cavité thoracique, le poumon était affaissé; il n'avait plus aucune propriété élastique. Le lobe supérieur était déprimé; je l'ouvris et j'aperçus une vaste caverne, comprenant toute l'étendue de ce lobe, dont les parois étaient formées par du tissu pulmonaire endurci et méconnaissable, elles étaient épaisses de 4 à 5 lignes; la surface interne de cette caverne est lisse, présente quelqu'inégalité provenant des petites cavités dont elle est parsemée; la caverne n'est traversée par aucune espèce de bride; elle est libre de toute adhérence; elle ne contient qu'un peu de liquide purulent, présentant une nuance rosée provenant sans doute d'une exhalation sanguine, il ressemble à celui qui était expectoré durant la vie. Cette caverne ne présente aucune ouverture extérieure; elle communique avec plusieurs tuyaux bronchiques, à ouverture béante, et par sa partie inférieure, elle communique avec des cavernules qui occupent le reste du poumon, etc.

(J. Thiry.)

N° 33. — *Induration pulmonaire creusée de cavernes nombreuses ; adhérences intimes aux parois costales* (tiers moyen du poumon gauche).

Historique. — Guillaume Saxe, manœuvre-maçon, âgé de 68 ans, petite stature, constitution chétive, délabrée, entré le 8 novembre 1838, nous rapporte qu'il n'a jamais souffert de la poitrine; qu'il y a six semaines, s'étant exposé au froid, pendant que son corps était couvert d'une transpiration abondante, il fut saisi de frisson, toux vive, indolore; bientôt expectoration épaisse, verdâtre, jamais sanguinolente; fièvre ardente; douleurs nocturnes; parfois dyspnée; amaigrissement profond, et depuis huit jours diarrhée abondante.

A son entrée : toux vive, fréquente, indolore; expectoration épaisse, verdâtre, comme purulente, difficile; dyspnée profonde; matité et absence complète de bruit respiratoire à gauche en avant; matité et absence de bruit respiratoire; souffle tubaire; gros râle muqueux; fausse pectoriloquie dans les deux tiers inférieurs, à gauche en arrière; aucun bruit au tiers supérieur; à droite respiration puérile; fièvre ardente; la diarrhée persiste; l'amaigrissement fait des progrès rapides, et Saxe succombe dans un état complet d'épuisement.

Description de la pièce pathologique.—Poumon droit, quelques tubercules miliaires crus, pas de caverne; adhérences pleurétiques anciennes; plaques laiteuses au cœur; traces de gastro-colite.

Poumon gauche, complétement imperméable à l'air, dur, incompressible, ne s'affaissant pas sous l'incision, de couleur violacée, marbré de gris; parcouru par des brides épaisses, très-résistantes, formées par les plèvres interlobaires; creusé de cavernules nombreuses, dont quelques-unes communiquent entr'elles par des trajets fistuleux étroits; la plupart se trouvent vers le tiers inférieur du poumon; toutes sont à surface muqueuse épaisse; recouvertes d'une couche épaisse de muco-pus visqueux, d'un jaune-verdâtre; le poumon dans toute son étendue est fixé, par des adhérences épaisses, très-dures, aux parois costales. Les bronches présentent une injection rouge-brunâtre, par plaques larges, uniformes.

Des tubercules crus, disséminés, existent dans les différents points du parenchyme.

Au sommet, deux tubercules crétacés, du volume d'un grain de chenevis, les autres miliaires, quelques-uns ramollis. (Simonart.)

N° 36. — *Tubercules pulmonaires crus; cavernules; léger épaississement pleurétique.*

Historique. — Lambert Moons, tisserand, âgé de 21 ans, robuste, taille et col élevés, lymphatico-sanguin, n'a jamais été malade; entré le 29 octobre 1838, il nous rapporte que sa toux ne date que depuis six semaines, qu'il n'a jamais craché de sang; qu'à cette époque, il fut, sans

cause connue, pris de toux sèche et d'oppression, sans fièvre; qu'il y a quatre semaines, il ressentit des points de côté; expectoration sanguinolente peu abondante, toux pénible, dyspnée, fièvre, perte des forces, amaigrissement profond, découragement.

Depuis huit jours, expectoration brunâtre sale. A son entrée, il offre tous les signes d'une pleuro-pneumonie violente qui accompagnait le ramollissement tuberculeux. Il y succombe le 31 octobre, dans un état voisin de l'asphyxie.

Nécroscopie. — Les deux poumons comme la pièce décrite ci-contre, les autres organes n'offrent pas de lésion profonde.

Description de la pièce pathologique. — *Parenchyme pulmonaire*, farci de tubercules miliaires, au sommet surtout, peu crépitant, à sa partie supérieure principalement; gorgé de sang et de sérosité; çà et là des cavernules, à parois inégales, irrégulières; couvertes de mucosités et de sang brunâtre. Fausses membranes anciennes aux plèvres.

(Simonart.)

N° 37. — *Tubercules pulmonaires crus.*

Historique. — Jean Cornelis, journalier, âgé de 30 ans, sanguin, robuste, stature élevée, est malade pour la première fois en 1837, dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital; il est alors en proie, pendant six mois, à un rhumatisme articulaire; depuis, douleurs abdominales fréquentes, sourdes; diarrhée fréquente, jamais de vomissement, ni de fièvre sensible pour le malade; il ne fut soumis à aucun traitement; depuis six semaines, œdème des extrémités inférieures, diarrhée plus fréquente, appétit nul, soif vive, toux, expectoration *glaireuse*, sueurs nocturnes, amaigrissement profond. A son entrée, le 5 novembre 1838; amaigrissement profond, teint jaunâtre de la peau, n'accuse aucune oppression, quoiqu'il soit essoufflé au moindre mouvement, toux fréquente, expectoration muqueuse, rare; symptômes physiques d'hydrothorax, battements du cœur tumultueux, irréguliers, sourds, profonds, s'entendant dans toute l'étendue du thorax, à gauche surtout, matité étendue à la région précordiale; ventre météorisé, insensible à la pression, dur; selles liquides, fréquentes, sans douleur; urines foncées, ne donnant aucun précipité par les acides ni l'évaporation; langue rouge, humide; soif vive, fièvre; œdème très-prononcé des extrémités inférieures, vertiges, étourdissements; pouls petit, fréquent, irrégulier. Bientôt, orthopnée, anasarque très-prononcé, aux membres surtout, dont les inférieurs s'ulcèrent, à la suite d'une légère contusion; diarrhée de plus en plus abondante, assoupissement. Mort le 14 décembre 1838.

Les détails de l'autopsie seront rapportés ci-après.

Description de la pièce pathologique. — Nombreux tubercules miliaires crus; trois tubercules caséeux jaunâtres, situés au lobe supérieur gauche.

(Simonart.)

N° 38. — *Gros tubercules pulmonaires crus.*

Trouvés sur le sujet du n° 127.

Description de la pièce pathologique. — *Poumon* farci de gros tubercules mous, blanchâtres; épaississement et adhérences pleurétiques très-résistantes. (SIMONART.)

N° 39. — *Ulcérations laryngées et trachéales; excavations pulmonaires sous-pleurales, fistules pleuro-bronchiques consécutives; tubercules pulmonaires.*

Trouvés sur le sujet du n° 21, v. t. V, p. 196.

Description de la pièce pathologique.— Nombreux ulcères laryngés et trachéaux, étroits, peu profonds. *Plèvres* (contenaient un liquide épais, séro-purulent, en très-grande quantité) couvertes d'une exsudation blanchâtre pseudo-membraneuse; épaisses du côté gauche; au tiers supérieur, la pulmonaire est percée de trois ouvertures assez larges, irrégulières, correspondant à des cavernes larges; leurs bords sont formés par le parenchyme pulmonaire et par la plèvre épaissie. La base du parenchyme est refoulée, imperméable à l'air, farcie de tubercules crus.

(SIMONART.)

N° 42. — *Tubercules miliaires et ulcérations du larynx et de la trachée-artère.*

Historique. — Philippe Devolder, charron, âgé de 25 ans, fort, né de parents sains, adonné aux excès dans tous les genres, entra à l'hôpital dans le courant du mois de juin 1837, et mourut le 9 août.

La phthisie pulmonaire dont il était atteint, avait débuté par la grippe, au mois de février; la phthisie laryngée apparut dans le courant de juillet, pendant son séjour à l'hôpital.

Description de la pièce pathologique. — Tubercules de la grosseur d'un grain de millet sous la muqueuse laryngienne; ulcérations de toutes formes et toutes grandeurs, du larynx et de la trachée; en dessous des cordes vocales se trouvent deux belles ulcérations, profondes d'une demi-ligne, à bords durs et coupés à pic, à fond grisâtre, de la grandeur d'un centime.

La muqueuse qui recouvre l'épiglotte est également ulcérée.

(V. POURCELET.)

N° 44. — *Ulcérations du larynx et de la trachée* (phthisie).

Historique. — Jean-Baptiste Janssens, âgé de 27 ans, entré le 19 novembre, mort le 19 décembre 1837.

Fils naturel d'une mère bien portante, sans cause connue, il voit se déclarer chez lui, depuis dix mois, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire.

Description de la pièce pathologique. — Ulcérations larges, profondes, étendues du larynx et de la trachée; la membrane muqueuse de l'épiglotte est presque complétement détruite; l'ulcération la plus vaste et la plus profonde occupe le milieu de la trachée-artère.

(V. Pourcelet.)

N° 46. — *Ulcérations du larynx* (phthisie).

Historique. — Jean Roos, âgé de 50 ans, entré le 11 novembre, mort le 19 du même mois 1837.

Après des chagrins violents, il ressentit, il y a cinq mois, des douleurs à la gorge avec aphonie et oppression marquée; peu après se développèrent tous les signes rationnels de la phthisie pulmonaire, auxquels nous avons joint les signes physiques.

Description de la pièce pathologique. — Muqueuse du larynx couverte d'ulcérations très-petites dans toute son étendue; trois de ces ulcérations ont à peu près le diamètre de 2 lignes et présentent beaucoup de pointes osseuses provenant des cartilages ossifiés de cet organe; la plus large occupe la base de l'épiglotte. Les bronches elles-mêmes sont ulcérées.

(V. Pourcelet.)

N° 47. — *Ulcérations, ossifications du larynx, etc.* (phthisie).

Historique. — Marie Aelscaeceren, ouvrière, âgée de 37 ans, tempérament sanguin, stature colossale, bien musclée, entrée le 3 novembre 1837, morte le 21.

La maladie débuta, il y a dix semaines, par une douleur à la gorge, qui ne tarda pas de s'accompagner de raucité de la voix d'abord, puis d'aphonie, et de tous les symptômes rationnels de la phthisie laryngo-pulmonaire.

Description de la pièce pathologique. — L'épiglotte, le larynx et la trachée sont criblés d'ulcérations; les cordes vocales surtout sont atteintes par l'affection. Gonflement des cryptes muqueuses de la trachée et des bronches; ossification des cartilages thyroïde, cricoïde et des premiers anneaux de la trachée-artère; des surfaces ulcérées, on détache facilement des esquilles osseuses semblables à celles de la carie.

(V. Pourcelet.)

N° 49. — *Ulcération de la muqueuse laryngienne* (phthisie).

Historique. — Jean-Baptiste Dockx, âgé de 32 ans, taille svelte, corps élancé, tempérament lymphatique; poitrine de 78 en haut, et de 81 centimètres en bas de circonférence, issu de parents bien portants, sans excès ni

chagrins domestiques, entré le 13 novembre 1837, mort le 19 décembre.

Phthisique depuis trois mois, l'aphonie a duré six semaines.

Sans cause connue.

Description de la pièce pathologique. — Toute la muqueuse du larynx est criblée d'ulcérations petites et superficielles, ainsi que la partie supérieure de la trachée-artère ; les cordes vocales sont plus altérées que le reste de l'organe. (V. Pourcelet.)

N° 50. — *Ulcérations et végétations laryngées.*

Historique. — Jean Henri Baumeister, coupeur de limes, âgé de 44 ans, prussien, chétif, bilieux, entré le 24 octobre 1837 ; il est, depuis six mois, habituellement oppressé, parfois points de côté peu vifs ; toux, expectoration rare. Depuis quatre semaines, à la suite de fatigues, accès de suffocation, douleur à la gorge, points de côté vagues ; respiration sifflante; bientôt oppression vive, continue; respiration laborieuse ; toux fréquente, enrouement de la voix, fièvre assez vive. A son entrée : voix, toux, respiration croupales ; oppression ; douleurs dilacérantes le long du larynx, jusqu'au milieu du sternum ; points de côté vifs, bruits de frottement le long du larynx et de la trachée, sonoréité normale du thorax ; râles muqueux, sifflant et ronflant ; fièvre. Il sort convalescent le 4 décembre suivant. La toux a complétement cessé.

Rentré le 26 avril 1838, il nous rapporte qu'à la suite d'un refroidissement causé par l'ingestion de boissons froides, il fut pris il y a douze jours, le soir même, de fièvre et de courbature ; le lendemain, point au côté droit, et trois jours après, au côté gauche, et tous les symptômes qu'il avait éprouvés en 1837. A son entrée, il nous présente un cortége des phénomènes observés antérieurement, la sonoréité du thorax persiste ; les inspirations, quoique profondes, n'introduisent qu'une petite quantité d'air. Il sort le 21 mai, ne conservant qu'une toux légère, avec expectoration rare, et oppression, pas de fièvre ; ces symptômes ont persisté depuis ; admis de nouveau, le 22 novembre 1838, il nous rapporte que depuis deux mois et demi, la toux, l'expectoration, l'oppression ont considérablement augmenté ; la fièvre s'est allumée ; sécheresse au larynx, extinction presque complète de la voix, toux vive, points au côté gauche, expectoration difficile de mucosités mêlées de stries sanglantes ; amaigrissement profond.

Il nous présente l'aspect d'un phthisique dans le marasme, matité complète à gauche, incomplète à droite, où le bruit respiratoire est obscur ; un râle muqueux se fait entendre ; du côté gauche, absence de bruit respiratoire, râle muqueux à grosses bulles ; pas de souffle, résonnance marquée de la voix. Il succombe le 29 octobre, après une agonie de trois jours.

Nécroscopie. — Outre les altérations laryngo-trachéales : hépatisation grise au tiers supérieur, rouge au tiers moyen ; hypostase à la partie inférieure du *poumon gauche ;* à droite, engouement ; inflammation à la moitié supérieure, hypostatique en bas ; adhérences pleurétiques nombreuses, anciennes ; quelques-unes récentes à gauche. Ulcérations et ramollissement de la muqueuse stomacale.

Description de la pièce pathologique. — Deux ulcérations étroites, grisâtres, à bords perpendiculaires, à la base de l'épiglotte; végétations multiples, mamelonnées, irrégulières, au niveau et au-dessus des cordes vocales; ulcérations disséminées sur le larynx et la trachée-artère, offrant les mêmes caractères que ceux décrits plus haut.

Injection brunâtre, foncée, arborisée de toutes ces parties (appréciable à l'autopsie). (SIMONART.)

N° 67. — *Vastes et nombreuses ulcérations intestinales phthisiques.*

Voir n° 29 pour l'historique, page 313.

Description de la pièce pathologique. — Cœcum et colon. — Les ulcérations sont ou disséminées ou agglomérées par plaques, ou réunies dans une assez grande étendue; entre les ulcérations, on voit des follicules tuberculeux tuméfiés. (V. POURCELET.)

N° 89. — *Tubercules intestinaux, ulcérations de l'iléum et du cœcum.*

Historique.—Chez une jeune phthisique dont les poumons étaient farcis de tubercules; le foie, la rate, le mésentère en présentaient également.

Description de la pièce pathologique. — Dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, en dessous de la muqueuse, le long du bord, adhèrent : grand nombre de tubercules, de la grosseur d'un grain de chenevis, dont quelques-uns complétement ramollis; grand nombre de petites ulcérations, à fond grisâtre, à bords coupés à pic, occupant toute la circonférence de la muqueuse, particulièrement le bord mésentérique.

(V. POURCELET.)

N° 184. — *Vaste caverne pulmonaire gauche. Tubercules crus.*

Voir pour l'historique le n° 174, t. VII, p. 92.

Nécroscopie. — Outre les altérations décrites, ulcères cicatrisés au-devant des tibias et sur les genoux, entourés de croûtes dartreuses; pas d'altération à l'encéphale; cavernules pulmonaires nombreuses; épaississement et induration pleurétiques; nombreux tubercules crus; ramollissement marqué et injection de la muqueuse gastrique; engorgement prononcé des glandes de Brunner à la fin de l'iléum; injection brunâtre de tout cet intestin; rate volumineuse; foie diminué de volume, offrant une flaccidité anormale (48 heures après la mort); bile épaisse; vessie rétractée, contenant 3is d'urine floconneuse, inodore, qui ne donne aucun précipité par les acides nitrique ou sulfurique; traitée par l'acide hydrochlorique, il s'y produit une effervescence marquée, qui ne se répéta pas, sur mes urines, traitées par le même acide.

Description de la pièce pathologique. — Caverne du sommet gauche,

adhérente aux côtes à sa partie antérieure, où elle est incisée longitudinalement, multilobulée, parcourue par des brides multiples ; la plèvre qui l'entoure et forme une portion de ses parois, est dure, épaisse, couverte de fausses membranes ; la surface de la caverne est grisâtre, irrégulière, formée par une membrane dure, épaisse ; au-dessus de la caverne, le parenchyme pulmonaire est farci de tubercules miliaires crus, isolés ou agminés. (SIMONART.)

N° 186. — *Cavernules pulmonaires, tubercules agminés et isolés.*

Historique. — Trouvés chez un jeune homme qui succomba, au bout de trois mois, à une phthisie pulmonaire, qui avait débuté sous forme de bronchite aiguë. (SIMONART.)

N° 205. — *Caverne avec fistule pleuro-bronchique et atrophie du poumon correspondant.*

Historique. — Lambert Van Marsenil, voiturier, âgé de 28 ans, assez robuste, stature élevée, lymphatico-sanguin, offre depuis trois ans, des symptômes évidents de phthisie pulmonaire, compliquée d'hypertrophie excentrique du ventricule droit du cœur. Entré à l'hôpital, le 15 janvier 1839, il nous rapporte, qu'à sa maladie antérieure, est venu se joindre, il y a cinq jours, un violent point de côté, avec orthopnée, etc.

Il offre tous les symptômes physiques d'un hydro-pneumo-thorax droit ; le 18, un délire agité apparaît ; le 20, Van Marsenil succombe dans un état voisin de l'asphyxie.

Le poumon gauche ne présentait pas de tubercules.

Description de la pièce pathologique. — Le poumon atrophié présente çà et là quelques tubercules miliaires à l'état de crudité ; à sa partie inférieure, une bride cellulo-graisseuse, ancienne, qui le retenait au centre diaphragmatique. (SIMONART.)

N° 207. — *Vaste caverne pulmonaire ancienne, traversée par des brides nombreuses* (à droite).

Historique. — Augustin Alleysen, faïencier, âgé de 48 ans, né à Lusalle, réfugié en Belgique depuis cinq ans, présente, depuis huit années, des symptômes évidents de phthisie pulmonaire. Entré à l'hôpital, le 8 février 1839, nous lui constatons de vastes cavernes superficielles aux deux poumons. Il succomba, sans avoir offert de symptômes de colliquation avancée, le 17 du même mois. — Le poumon gauche était également creusé de vastes cavernes, dont la supérieure à parois pleurales.

Description de la pièce pathologique — Ses parois sont presque complétement formées par les plèvres pulmonaires épaissies et adhérant intimement entr'elles. D'autres cavernes existent au-dessus de celles-ci ; le reste du parenchyme est farci de tubercules caséeux. (SIMONART.)

PLAIE PAR ARME A FEU.

N° 231. — *Plaie fistuleuse de la langue, faite par arme à feu, suivant tout le plan horizontal de cet organe.*

Historique.— Édouard C....., de Tournay, âgé de 29 ans, fabricant de vinaigre, poussé par un désespoir amoureux, voulut mettre fin à ses jours; dans ce but, il s'introduisit deux pistolets à balle forcée, dans la bouche, les serra fortement entre ses dents, puis lâcha les détentes : un seul coup partit; la décharge le renversa sur le pavé, plongé dans un état de commotion et d'ébranlement général. Cependant, après quelques instants, l'état de commotion produite par la détonation du pistolet, se dissipa, et C..... reprit un peu l'usage de ses sens; quelques vomissements se déclarèrent; du sang s'échappa par la bouche et par le nez; c'est dans cet état qu'il fut apporté, le 29 mars 1839, à l'hôpital, par les personnes qui étaient venues à son secours.

A son entrée, nous trouvâmes les lèvres ainsi que toute sa figure fortement tuméfiées; la bouche ouverte avec peine, nous vîmes la langue tellement gonflée, qu'elle remplissait toute la cavité buccale; la muqueuse de la bouche était aussi tuméfiée. Vers la pointe de la langue, on trouvait une petite plaie dans laquelle on pouvait à peine introduire la tête d'un stylet; cette plaie était environnée d'un cercle noirâtre; vers le milieu de la voûte palatine on sentait une petite tumeur, résultat d'une contusion, sans nulle altération de la muqueuse. Nulle part, nous ne trouvons de vestige de balle; de l'air s'est extravasé dans le tissu cellulaire du cou et y a produit un fort emphysème. Le blessé se plaint de douleur de gorge; il expectore continuellement du sang; il vomit; l'ingestion des boissons renouvelle ses vomissements; il a des selles liquides très-fréquentes; il est très-agité. On lui fait une saignée et on couvre le cou de fomentations froides. Le lendemain, son état ne change nullement, il a été fortement agité la nuit. On lui applique 12 sangsues au cou. Enfin, les 30 et 31, le délire survient et ne le quitte plus; il se lève de son lit; il voit des objets fantastiques; il meurt presque subitement le 31, car s'étant levé, et voulant se remettre dans son lit, il tomba tout à coup et succomba.

N. B. Après l'autopsie, nous avons attribué cette mort si prompte, au mouvement de la bascule qu'aura pu faire l'apophyse odontoïde, mouvement qui aura produit la compression de la moelle allongée, et consécutivement la paralysie générale, c'est-à-dire la mort.

La moelle était saine, seulement ses membranes étaient congestionnées.

Description de la pièce pathologique. — Cette plaie avait été faite par une balle de pistolet; cette balle avait pénétré dans le tissu lingual; par l'ouverture arrondie que l'on voit un peu au-dessus de la pointe de la langue, elle avait parcouru cet organe dans son plan horizontal et s'était frayée une route entre ses couches musculaires supérieures et les inférieures; ayant labouré ainsi la langue, elle en était sortie par l'ouverture que l'on

voit à la partie médiane de sa base; elle avait perforé la face postérieure du pharynx, et était allée s'enclaver dans l'apophyse odontoïde, qu'elle faisait basculer; cette apophyse n'était pas fracturée. L'ouverture d'entrée de la balle plus petite que celle de sortie, était environnée d'un cercle noirâtre, dû à l'explosion de la poudre, on pouvait à peine y introduire un stylet pendant la vie. Avant la macération, la langue était dure, tuméfiée, elle remplissait presque toute la cavité buccale; sa coloration était d'un rouge-foncé; mais tous ces phénomènes n'existent plus.

N. B. La plaie était sinueuse; en y enfonçant un stylet directement, on ne pénétrait dans cette plaie qu'à une profondeur de 2 à 3 lignes.

(J. Thiry.)

(*La suite à un prochain cahier.*)

MÉMOIRES ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR L'AVORTEMENT;

Par J.-P. HOEBEKE, membre de plusieurs sociétés savantes.

(Suite, voir les cahiers de juillet, p. 201, août, p. 314, décembre, p. 352, année 1841 et janvier, p. 102, année 1842.)

De l'éclampsie.

J'ai, dans ce chapitre, à examiner avec quelques détails, encore une des causes de l'avortement. Celle-ci, comme la précédente, est toujours une affection fort dangereuse, mais surtout lorsqu'elle survient pendant la gestation ; pour moi, comme pour le plus grand nombre des auteurs et des accoucheurs, elle est l'accident le plus redoutable qui puisse se manifester pendant la grossesse, non-seulement parce que le plus grand nombre de femmes chez qui cette complication survient y succombent, mais aussi parce que la plupart du temps les moyens que nous avons à y opposer restent sans succès, excepté l'extraction du fruit de la conception, et encore parce qu'en général les enfants naissent morts ou ne survivent que peu de temps. Cette cause de l'avortement ou complication si dangereuse de la grossesse a reçu le nom de convulsion lorsqu'elle survient hors le temps de gestation, d'éclampsie lorsqu'elle a lieu pendant que l'utérus contient le fruit de la conception, de convulsion puerpérale quand elle survient après l'accouchement.

Les convulsions qui surviennent pendant la grossesse, comme je viens de le dire, sont excessivement dangereuses et pour la mère et pour l'enfant ; les symptômes de cette maladie sont surtout propres à effrayer ceux qui assistent aux mouvements désordonnés du système moteur, et l'accoucheur bien souvent, est lui-même dans un trouble qui le prive en partie des ressources qu'il trouverait dans ses souvenirs et dans son jugement, s'il avait conservé le calme nécessaire. Plaignons au lieu de blâmer celui qui, dans un cas pareil, n'aurait su conserver son sang-froid, car c'est bien involontaire s'il est ainsi, et aussi parce que cela dépend souvent de la constitution de l'individu, reconnaissons au contraire que rien n'est plus pénible à voir

que le spectacle d'une femme enceinte en proie aux convulsions ; convenons en même temps, qu'il faut une grande force de caractère et une longue habitude de voir souffrir l'espèce humaine, et surtout sa moitié la plus belle et la plus faible, pour pouvoir conserver dans un tel instant, l'impassibilité nécessaire à l'exercice intégral de ses facultés intellectuelles.

Les lignes précédentes pourront sembler une opinion bien exagérée, si on les compare à la plupart des observations d'éclampsie que contiennent les recueils scientifiques, le plus grand nombre ne rapportant que des cas de succès ; mais qu'on n'oublie pas que la majeure partie des insuccès n'est pas publiée, parce que dans les cas de l'espèce, la malade succombe quelquefois avant que les ressources de l'art aient pu lui être administrées, ou parce que ce serait une répétition trop fréquente, et des moyens conseillés contre cette maladie, et de leur impuissance, ce qui n'avancerait en rien la science. Aussi est-on en général peu empressé de publier les insuccès qu'on éprouve dans sa pratique, et je pense, de plus, que cette réserve est un bien, à moins que de ces insuccès il ne puisse ressortir quelque instruction, quelque nouveau moyen à essayer, quelques précautions à prendre ou à observer, quelqu'erreur à éviter, etc. ; dans ces cas la non-publication serait une faute.

Quelque terrible que soit la maladie dont je m'occupe, et la violence avec laquelle elle sévit, le praticien ne doit jamais désespérer de parvenir à aider efficacement la patiente. Que l'on parcoure les observations qui ont été publiées et on reconnaîtra que des cas qui semblaient les plus désespérés, ont cependant été couronnés d'un plein succès, c'est-à-dire que des femmes pendant leur grossesse ont éprouvé des convulsions violentes qui ont persisté pendant plusieurs jours, et que nonobstant, leurs grossesses sont parvenues à leur terme naturel, et les enfants nés vivants ; que dans des cas semblables, mais où il y avait en outre décollement, au moins en grande partie, du placenta depuis quelque temps, ce qui n'empêcha pas le résultat d'être aussi heureux. L'observation suivante, due à M. le docteur Buzairies, de Limoux (Aude), et insérée dans le Journal de médecine et de chirurgie pratique, juillet 1833, est trop intéressante pour que je m'abstienne de la rapporter ici.

Obs. XXXIV. — « Me H...., âgée de 36 ans, d'une constitution forte, mais fatiguée par dix accouchements à terme et trois fausses couches, était arrivée au huitième mois d'une nouvelle grossesse, au mois d'août 1832. Des accès nerveux, dit hystériques, venaient fréquemment indisposer cette dame, ce qui ne l'empêchait pas cependant de se livrer sans relâche à des travaux pénibles. Le 13 août, les flammes d'un violent incendie, où était accouru son mari, l'épouvantèrent tellement qu'on fut obligé de la transporter presque mourante dans son lit. Appelé auprès d'elle, je fus témoin de quelques accès d'éclampsie, dont il est inutile d'énumérer tous les symptômes ; il suffira d'indiquer les suivants : raideur tétanique des membres ; violentes secousses des muscles du tronc ; flexion du rachis, tantôt en avant, tantôt en arrière ; pouls presqu'imperceptible ; intelligence abolie ou désordonnée, puis à ces mouvements convulsifs succédait un coma profond. Les contractions utérines ne tardèrent pas à s'annoncer, et l'enfant s'agita avec vivacité jusqu'à l'époque de l'écoulement des eaux de l'amnios ; les membres devinrent le

siége de crampes douloureuses, s'édœmatièrent et se couvrirent de nombreuses varices; l'état de la malade devenait chaque jour plus affligeant.

Le 20 août, un médecin fut appelé en consultation, et conseilla : *Onctions sur l'abdomen avec une pommade composée d'extrait de belladone; frictions sur les cuisses avec la teinture antispasmodique de Chrétien; potion ou extrait de sulfate de quinine pour relever et soutenir les forces.* Cette médication ne fut suivie d'aucun résultat avantageux, et on ne tarda pas à l'abandonner. Le col de l'utérus était alors épais et ramolli; la dilatation de son orifice à peu près suffisante pour permettre l'introduction du doigt indicateur, cependant les douleurs conservaient encore de l'énergie. On donna les préparations d'éther et d'opium, les émollients sous diverses formes, des boissons acidulées, adoucissantes et légèrement nutritives. Ces moyens calmèrent peu à peu les accidents, et le 8 septembre, dans la matinée, les membranes se rompirent; il s'écoula une grande quantité d'eau; mais l'état du col resta le même. Les douleurs ayant tout à fait cessé, il fallut bien se décider à terminer l'accouchement, si l'on ne voulait pas voir la femme succomber; je procédai donc à l'opération de la manière suivante :

Les trois premiers doigts réunis de la main droite furent introduits dans le vagin et poussés jusqu'au museau de tanche; l'indicateur pénétra dans son orifice, le distendit en divers sens, et fit peu à peu de la place pour un second doigt : ces deux doigts écartés facilitèrent l'introduction d'un troisième, et enfin les trois doigts réunis permirent d'introduire la main entière. Parvenu ainsi, quoique avec peine, dans l'utérus, je ne sentis que très-faiblement le col et le corps de cet organe se contracter sur ma main. Je rencontrai partout les membranes de l'enfant relâchées et collées contre son corps, et je ne pouvais, par aucun moyen, les traverser ni découvrir la déchirure par où les eaux s'étaient écoulées. Il fallut songer à aller joindre le placenta déjà détaché sur plusieurs points, et pénétrer à travers son tissu dans la cavité amniotique. La version et la délivrance furent alors exécutées sans difficulté.

L'enfant ne donna pendant longtemps aucun signe de vie; les frictions sur le thorax, l'application de linges chauds ne produisant aucun effet, on eut recours aux aspersions d'eau froide sur le corps, et à l'insufflation de l'air dans les bronches, et ces moyens le rappelèrent peu à peu à la vie. Cet enfant a donc résisté pendant vingt-cinq jours aux convulsions de sa mère, aux contractions multipliées de la matrice et aux mouvements violents qu'il exécutait lui-même; il a résisté enfin à la suspension de la circulation ombilicale, puisque le placenta semblait décolé depuis longtemps. La mère après avoir été délivrée, passa une nuit tranquille; mais le lendemain des signes de métrite se déclarèrent, puis ceux d'une péritonite. La fièvre de lait s'annonça avec un état fébrile et un coma très-intense; les lochies furent supprimées plusieurs fois; il fallut recourir à plusieurs reprises, aux émissions sanguines locales, et aux émollients sous toutes les formes. Des accès d'éclampsie se montrèrent encore; enfin une gastro-entérite succéda à tous ces accidents. La sécrétion du lait fut supprimée; peu après de nombreux abcès d'un petit volume, se formèrent aux aînes, au pubis, au périnée; à peine étaient-ils ouverts, de nouveaux se formaient encore; les ganglions

lymphatiques du cou se tuméfièrent, et enfin la leucorrhée reparut ainsi que les menstrues ; plus tard il survint quelques hémorrhagies utérines. Aujourd'hui cette dame conserve encore une entéro-métrite chronique, qui, à la vérité, existait déjà à un faible degré, avant sa dernière grossesse. »

Si cette maladie s'offre parfois à nous aussi terrible, aussi longue et aussi rebelle aux moyens que l'art a à lui opposer, sans cependant entraîner à sa suite la mort de la mère ni celle de l'enfant, comme on vient de le voir dans l'observation précédente ; d'autres fois elle occasionne la mort de la femme en si peu de temps qu'on la croirait due aux coups de la foudre, l'enfant surtout y succombe presque toujours et on a peine à concevoir comment il a pu résister dans le cas rapporté plus haut, lorsqu'il suffit quelquefois de légers accès d'hystérie pour détruire son existence. Cette maladie n'est pas toujours aussi grave, puisque parfois elle cède avec facilité à la simple administration de quelques antispasmodiques, ou à la saignée et aux bains, comme on peut s'en convaincre par les observations suivantes.

Obs. XXXV. — « Une femme de la campagne, âgée de dix-neuf ans, fortement constituée, primipare, et enceinte de cinq mois et demi, fut prise, sans cause connue, en décembre 1832, de convulsions si fortes, que les bonnes gens qui l'assistaient la crurent ensorcelée. L'officier de santé du village se contenta de pratiquer une saignée et d'ordonner la liqueur anodine d'Hoffman ; les accès augmentèrent en intensité. Il fut appelé de nouveau, mais craignant de compromettre la vie de l'enfant par une médication trop active, il n'employa aucun traitement. Le mari, alarmé par la force des symptômes, vint réclamer mes soins. A mon arrivée auprès de la malade, je fus témoin d'un accès : tous les muscles de la face et du corps étaient dans un état convulsif difficile à décrire, et la tuméfaction énorme du visage et du cou rendait cette femme presque méconnaissable. Les yeux roulaient d'abord dans les orbites avec une vitesse extrême, puis ils devenaient tout à coup fixes et immobiles ; les pupilles étaient dilatées, la bouche écumeuse, la respiration saccadée et plaintive, le pouls serré et concentré, la tête fortement déjetée en arrière. La malade criait, mordait, se tordait les membres d'une manière effrayante, se roulait en tout sens, déchirait tous les objets qu'elle pouvait atteindre, et quelquefois plusieurs personnes étaient obligées de la contenir. L'accès se terminait par une prostration et une pâleur cadavérique.

» Des frictions avec l'huile de jusquiame furent faites sur les aînes à des intervalles rapprochés, et la potion suivante fut administrée par cuillerée d'heure en heure : eau de valériane ℥ij, eau de fleurs d'orange ℥j, teinture d'asa fœtida ʒs, teinture thébaïque gut. xx, sirop de pivoine ℥j. Amendement marqué de tous les symptômes.

» La même potion fut continuée, et l'éclampsie, cessant par degrés, n'a pas reparu depuis cette époque. Les convulsions avaient duré huit jours (1). »

Obs. XXXVI. — « Une jeune femme de chambre, âgée de 21 ans, très-nerveuse, et enceinte d'environ quatre mois, fut brutalement chassée de la

(1) Cette observation est due au docteur Gouvion, de Bischwiller (Bas-Rhin), Journal de médecine et de chirurgie pratiques, juillet 1833.

maison où elle servait, parce qu'elle ne voulut pas consentir qu'on exerçat sur elle des manœuvres infâmes, opposées à la morale et à l'honneur. Sans ressources et sans asile, elle fut généreusement recueillie par une dame très-charitable, qui lui céda une petite pièce de son appartement, dans la rue St-André-des-Arts, pendant la cruelle épidémie du choléra-morbus. Deux jours après, elle fut saisie de vomissements et de déjections alvines très-abondantes, avec des convulsions, des crampes aux membres et du délire. On eut recours au bureau sanitaire de la rue Mignon, qui dépêcha deux élèves en médecine, pour constater l'état de cette infortunée et lui administrer les premiers soins. Ils la trouvèrent si malade, qu'ils n'osèrent entreprendre aucun traitement, à cause de la grossesse qui compliquait les symptômes du choléra-morbus. On vint alors me chercher de la part du maire du onzième arrondissement, au bureau sanitaire du quai des orfèvres, auquel j'étais attaché. Je me rendis sur-le-champ auprès de la malade, mais le désordre où elle était, soit au physique, soit au moral, m'empêchèrent d'en obtenir le moindre renseignement; je fus donc obligé de m'en rapporter au recit des assistants, et surtout des élèves qui l'avaient bien observée, et qui me dirent qu'outre les symptômes cholériques ci-dessus, elle s'était plaint d'un feu dévorant depuis la gorge jusqu'à l'hypogastre.

» Instruit de ces préliminaires, et apercevant déjà un commencement de cyanose au visage, je n'hésitai point à prescrire les antiphlogistiques les plus puissants. D'abord, une saignée du bras, puis une double traînée de sangsues, en forme d'échelle, depuis l'os hyoïde jusqu'au pubis; immédiatement après, un bain entier de trente-deux degrés, enfin une boisson rafraîchissante et une potion composée d'eau de laitue et de fleur d'oranger, avec le sirop diacode. Je recommandai l'exécution de ce traitement aux élèves et je retournai à mon poste.

» Le lendemain, je m'empressai de visiter cette malade, qui m'avait paru presque désespérée la veille. Quel fut mon étonnement, lorsque les personnes que je rencontrai dans l'escalier, m'annoncèrent que je l'avais tout à fait guérie. Cette nouvelle me causa une telle surprise, que je la pris d'abord pour une plaisanterie ou pour une mystification. Je crus que c'était une manière de me dire, par anti-phrase, qu'elle n'était plus, et que le traitement l'avait tuée. Mais point du tout; je la trouvai sur son lit, sans fièvre, ni convulsions, ni délire; sans évacuations par haut et par bas, et occupée à coudre une dentelle à son bonnet. Elle ne me reconnut point, et quand elle eut appris que j'étais médecin, elle me dit qu'elle avait faim, et me pria de lui faire donner à manger. Je cédai à son désir, mais avec la réserve et la prudence que m'inspira le souvenir de son état antérieur. Elle n'eut pas de récidive (1). »

Cette observation est d'un grand intérêt et est surtout propre à encourager le praticien, puisque dans ce dernier cas, outre les convulsions, il y avait encore une autre maladie, tout aussi terrible, le choléra-morbus. Dans ce cas le traitement a été et devait être prompt et énergique et le résultat en a montré la judicieuse application.

(1) Capuron, Mémoire sur les convulsions pendant la grossesse et le travail de l'enfantement; Journal hebdomadaire, mai 1836.

Les exemples que je viens de rapporter suffiront sans doute pour prouver ce que j'ai avancé, que les convulsions sont la complication ou l'accident le plus dangereux qui puisse se manifester pendant la gestation, souvent funeste pour la femme, et presque toujours mortel pour l'enfant; que cependant, quelle que soit la gravité des symptômes, il ne faut jamais s'abstenir d'employer les moyens que l'art enseigne comme propres à enrayer ou à guérir cette maladie, puisqu'elle cède parfois avec facilité, et que dans d'autres cas la nature se suffit à elle-même pour la vaincre.

Les convulsions ont été autrefois considérées comme une affection essentielle et tout à fait indépendante de la lésion des centres nerveux; cette opinion exagérée fut suivie d'une autre qui ne l'était pas moins et qui consistait à regarder les convulsions comme constamment liées à une irritation cérébrale, ces deux opinions sont trop exclusives. En effet, si nous consultons l'anatomie pathologique, nous verrons que les convulsions peuvent être symptomatiques de toutes les altérations des centres nerveux, depuis la simple congestion jusqu'aux tubercules et aux hydatides. Mais on verra aussi qu'à côté de ces cas où le scalpel nous montre sur le cadavre la lésion de l'axe encéphalo-rachidien, qui a été le point de départ des mouvements convulsifs, il en est d'autres, en bien plus grand nombre, où l'on ne découvre aucune lésion appréciable. Quelle est donc la nature de cette affection? Si les symptômes et les troubles de la motilité qui la caractérisent, nous conduisent à en placer le siége dans les centres nerveux dont les phénomènes pathologiques nous révèlent les désordres fonctionnels, nous ignorons encore ce qui s'est passé dans ces organes, s'il y a eu excitation ou faiblesse. Tout ce que nous savons, c'est qu'il a existé une perversion du système nerveux, dont la nature nous échappe complétement.

Si les convulsions peuvent être le résultat d'une excitation elles peuvent aussi dépendre d'une grande faiblesse comme on l'observe quelquefois pendant la grossesse, après l'accouchement, ou à la suite des métrorrhagies abondantes et lorsque la femme est tout à fait anémique. Je dois faire remarquer cependant, que les convulsions qui surviennent pendant la gestation dépendent plus souvent de la première cause que de la seconde; aussi la plupart des femmes chez qui on a observé cette affection étaient-elles fortes, pléthoriques en même temps que nerveuses.

L'éclampsie peut être idiopathique, c'est-à-dire occasionnée par une cause qui agit directement sur les centres nerveux, ou être symptomatique et dépendre alors d'un état pathologique de l'axe cérébro-spinal ou d'un autre organe plus ou moins éloigné, mais le plus fréquemment d'un état congestif de l'utérus, ou d'une grande sensibilité de cet organe.

Ce sont les affections morales vives qui produisent le plus souvent l'éclampsie idiopathique : des exemples de chaque division que je viens d'établir, feront mieux comprendre mon idée.

Obs. XXXVII. — « Pendant la dernière guerre d'Espagne, la femme d'un employé à l'armée devint enceinte sans la participation de son mari; parvenue à terme, elle se rendit au mois de mai, chez une sage-femme, pour y faire ses couches. Un jour, qu'elle mit, pour prendre l'air et se distraire, la tête à la fenêtre, elle aperçoit, par hasard, un homme de son pays et de sa connaissance, qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps. Elle

l'appelle et lui fait signe de monter. Celui-ci, arrivé dans sa chambre, lui témoigne quelque surprise, et lui demande ce qu'elle fait en ce lieu : Vous le voyez, dit-elle en lui montrant son ventre; ma situation vous dit tout. Hé ! qu'avez-vous besoin de vous cacher, lui répartit l'individu, il y a un mois que votre mari est mort dans la péninsule. Ces paroles, prononcées avec si peu de réflexion et de ménagement, sont un coup de foudre pour cette malheureuse. Elle tombe sans connaissance, et se roule par terre, comme frappée d'une violente attaque d'épilepsie. La sage-femme accourt, et, dans l'effroi que lui cause cette évènement, elle m'envoya chercher. Mon premier soin est de la faire mettre sur un matelas, et d'appliquer ma main sur l'hypogastre, pour examiner l'utérus; je trouve que cet organe se durcit à chaque convulsion, ce qui me fait présumer que le travail est déjà commencé. Je porte le doigt indicateur sur le col utérin, et il m'offre environ un pouce de dilatation : la tête se présentait au détroit supérieur.

Comme cette dame était encore jeune, quoique déjà mère de plusieurs enfants, et que tout annonçait chez elle une constitution pléthorique et des plus robustes, je n'hésitai pas de la saigner et de faire préparer un bain pour l'y plonger immédiatement : tout cela ne fut que l'affaire d'environ une demi-heure. Elle n'eut pas plutôt sentit la salutaire impression de l'eau, qu'elle devint plus calme, mais elle resta toujours sans connaissance, poussant de temps en temps de profonds soupirs qui préludaient à chaque contraction utérine. Au bout de deux heures d'immersion et de souffrances, je voulus m'assurer des progrès du travail; je sentis la tête au passage, presque au couronnement. On eut à peine le temps de la retirer de la baignoire, et de la placer sur son lit; elle acheva d'accoucher, en une seule douleur, d'un gros enfant qui avait toutes les apparences de la santé.

La délivrance ne se fit pas longtemps attendre, et ne fut suivie que d'une fort petite quantité de sang.

Le lendemain, la malade, loin d'aller mieux, me donna encore de l'inquiétude. L'état comateux ne s'était pas dissipé; il y avait eu quelque agitation, même des convulsions dans la nuit; la peau était chaude et sèche; le visage très-coloré; le ventre tendu; l'utérus dur et volumineux; le pouls fort et accéléré; les lochies ne coulaient point. Je pratiquai une seconde saignée; je fis appliquer aussi 50 sangsues à l'hypogastre, et remettre la malade dans le bain pendant deux ou trois heures.

Cette médication eut du succès. Les symptômes s'apaisèrent; une abondante chaleur se déclara; le sang coula par la vulve; la fièvre diminua; on n'aperçut plus de mouvements convulsifs; mais la somnolence et la respiration, parfois suspirieuse, persistèrent encore.

Le bain fut réitéré le soir et les jours suivants; on fit aussi des fomentations émollientes sur l'abdomen. On n'observa point de fièvre de lait. Du quatrième au cinquième jour, l'assoupissement se dissipa; la parole revint, et la convalescence ne fut plus douteuse. Il ne resta plus que de la faiblesse qui disparut par la continuation du repos et par l'usage de bons aliments. Cependant, le souvenir de ce qui s'était passé au début de la scène, la raison et peut-être aussi l'habitude, finirent par faire tout oublier. J'appris qu'elle avait pris son parti là-dessus, et qu'elle était sortie de sa retraite assez gaie et pleine de santé. »

Au sujet de cette observation, M. Capuron (1), à qui je l'ai empruntée, fait remarquer qu'elle est un nouvel exemple de ce que peut une violente émotion, une nouvelle affligeante subite et inattendue, sur une femme enceinte, surtout lorsqu'elle est à terme et déjà peut-être en mal d'enfant. C'est un exemple fort remarquable d'éclampsie hydiopathique où on voit en même temps l'efficacité des saignées, des sangsues et des bains.

Obs. XXXVIII. — Madame B..., de forte complexion, d'un certain embonpoint, bien conformée, avait déjà mis au monde deux enfants sans obstacle. Elle devint enceinte pour la troisième fois. La grossesse parcourut toutes ses périodes sans accidents. Le moment de l'accouchement arrivé, une sage-femme fut appelée; elle reconnut au toucher que la parturition était proche. Les douleurs se multipliant en vain, la poche des eaux s'étant rompue, la malade était dans des angoisses et des anxiétés cruelles. La sage-femme voulut hâter la délivrance, en cherchant à dilater avec ses doigts le col de l'utérus. Cette manœuvre imprudente augmenta l'irritation, et détermina les contractions de l'utérus, ce qui occasionna des convulsions. Inquiète de cet état, elle se détermina à réclamer l'assistance d'un homme de l'art : je fus appelé.

A mon arrivée, je trouvai la malade en danger; les douleurs expulsives cessé; le col de l'utérus dur et resserré. Je pratiquai sur-le-champ une saignée, et fis placer la malade dans un bain, ce qui ne produisit que la diminution des convulsions; les contractions du col étant les mêmes, je me rappelai les conseils du professeur Chaussier, je fis préparer la pommade suivante : extrait de belladone, 8 grammes, délayé dans suffisante quantité d'eau et trituré avec 64 grammes de cérat.

J'en frictionnai le col de l'utérus, à la quantité de 2 à 4 grammes, chaque demi-heure : à la troisième friction, le col se trouva suffisamment assoupli et dilaté; en sorte que je pus opérer la délivrance par la version, vu l'absence des contractions utérines. L'enfant était dans un état voisin de l'asphyxie, ce qui m'engagea, après la section du cordon ombilical, à laisser écouler une certaine quantité de sang, qui suffit pour le rappeler à la vie. La mère fut facilement délivrée; le rétablissement fut long, vu la grande faiblesse.

Cette observation offre un cas d'éclampsie sympathique occasionnée par une grande sensibilité de l'utérus, et particulièrement du col de cet organe, qui en est aussi la partie la plus sensible et la plus nerveuse.

La rigidité du col utérin a été souvent observée comme étant une des causes d'éclampsie, surtout chez les femmes dont le tempérament est plus particulièrement nerveux. C'est pourquoi la rigidité du col utérin et le resserrement spasmodique de cette partie doivent fixer l'attention de l'accoucheur, et doivent être combattus, le plus tôt, possible par la saignée, les bains généraux ou de siége, les onctions avec l'extrait de belladone, l'opium, etc. Si l'on ne veut s'exposer à voir survenir la perversion des centres nerveux.

Si une une grande sensibilité de la matrice peut être cause de l'éclampsie par la durée des douleurs utérines qui ne parveinnent pas à expulser l'enfant, comme dans le cas que je viens de rapporter, par l'attouchement du

(1) Mémoire cité.

doigt, un état congestif de l'utérus, accompagné plus ou moins de pléthore générale, peut y donner lieu. M. le docteur Ansroul, médecin à Bruxelles, vient d'en communiquer un exemple à la Société de médecine de Gand (1), je m'empresse de le rapporter ici.

Obs. XXXIX. — Madame....., âgée de 32 ans, d'une constitution très-forte et pléthorique, ayant la tête grosse et le cou court, mariée depuis un an, est enceinte de huit mois ; sa grossesse a été jusques-là heureuse, sauf un peu d'oppression, avec céphalalgie, provenant d'un état de pléthore qui a nécessité une saignée du bras vers le cinquième mois.

Au mois de novembre 1839, cette dame me fit appeler dans la matinée, me dit qu'elle éprouvait du malaise, des douleurs de tête excessives, et, par moment, aussi des lombes ; elle avait la face rouge, la conjonctive injectée et le pouls plein et grand. Je lui pratiquai une saignée de douze onces et prescrivis un régime convenable. Vers le soir du même jour, elle me fit appeler de nouveau ; elle éprouvait des douleurs de reins très-fortes, et perdait du sang. Je voulus m'assurer par le toucher, de l'état de l'utérus, et je reconnus un commencement de travail : l'orifice de la matrice était souple, et sa dilatation de la grandeur d'un franc ; l'enfant présentait la tête au détroit supérieur. Je prévins Madame..... que je croyais qu'elle ne tarderait pas à ressentir les véritables douleurs de l'enfantement, et je l'engageai à se coucher et à me faire prévenir au besoin. A minuit on vint me chercher ; elle avait eu constamment des douleurs de reins et dans le bas-ventre, mais elle ne perdait plus de sang ; le col utérin était complétement effacé ; la dilatation égalait le diamètre d'une pièce de cinq francs, et le sommet de la tête de l'enfant se présentait dans la première position, encore au détroit supérieur.

J'engageai Madame..... à prendre patience, lui annonçant que tout se présentait pour le mieux, mais que j'étais persuadé qu'il fallait encore quelques heures avant la terminaison de l'accouchement. Vers trois heures, le travail avait fait des progrès ; les douleurs, sans être bien vives, tourmentaient la malade ; elle se plaignait de beaucoup souffrir de la tête. Je m'aperçus d'une légère aberration dans les idées ; les yeux étaient hagards, et la parole semblait, par moments, embarrassée. Bientôt les membres supérieurs, puis les muscles de la face et du cou, sont pris de mouvements convulsifs ; la face se dévie à gauche ; les yeux sont fixes ; ensuite la tête, par un mouvement brusque, se renverse en arrière et les yeux se cachent sous les paupières supérieures ; des contractions convulsives des membres inférieurs ont également lieu. La malade avait perdu connaissance. Les accès étaient très-rapprochés, et, dans leurs intervalles, il existait un état comateux avec respiration difficile et par moment stertoreuse.

Craignant qu'un plus long retard ne compromit la vie de la mère et celle de l'enfant, et pressé par le mari, qui ne cessait de me dire : *Assistez-la, car elle se meurt,* l'orifice utérin étant assez dilaté pour permettre le passage de la tête de l'enfant, je rompis la poche des eaux. La tête de l'enfant avait franchi le détroit abdominal et se présentait au détroit péri-

(1) *Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand,* 1841, 9e vol., 11e liv.

néal ; l'occiput était derrière le pubis et la face dans la concavité du sacrum. Il y avait une heure que cette dame était convulsive et sans connaissance. Aidé par le mari et la garde, et après avoir donné à la femme une position convenable, je parvins, sans grande difficulté, à appliquer le forceps et à terminer l'accouchement. L'enfant avait la face bleuâtre et ne donnait aucun signe de vie : je fis saigner le cordon ombilical et mis l'enfant dans un bain d'eau tiède animée d'eau-de-vie ; il ne tarda pas à respirer et à pousser des cris. Quant à la mère, son état était encore comateux et elle était sans connaissance, éprouvant des accès convulsifs, mais moins violents : la face était livide, et la conjonctive très-injectée : après la délivrance, l'utérus, dont la contraction avait eu lieu pendant les accès convulsifs, revint sur lui-même, et je fus rassuré contre l'hémorrhagie. Le pouls de l'accouchée étant plein et fréquent, je lui fis une saignée de dix onces au bras, et fis placer des sinapismes aux jambes et des compresses trempées d'eau vinaigrée froide, sur la tête. Deux heures après, l'état alarmant de la malade n'étant pas changé, je laissai couler encore huit onces de sang. Dès ce moment, il n'y eut plus d'accès convulsifs. L'état comateux avec respiration stertoreuse persista, malgré l'emploi des moyens réfrigérants sur la tête et les révulsifs aux extrémités inférieures. Vers six heures de relevée, je la vis pousser un soupir, bâiller et ouvrir des yeux étonnés en me fixant. Elle me demanda ce que je faisais près d'elle, je lui répondis que je venais lui rendre visite en passant : elle fit un cri et me dit : *Mon Dieu! que s'est-il passé? je n'ai plus de ventre et je ne me rappelle rien.* Je l'engageai à se tranquilliser, et lui appris avec ménagement son heureuse délivrance et la naissance d'un fils bien portant. Le reste de la journée et le lendemain se sont passés sans crise. Le troisième jour, la sécrétion laiteuse a eu lieu, l'enfant a pris le sein, et les suites des couches ont été comme après l'accouchement le plus heureux.

Dans ce cas, on a vu les convulsions être précédées de pléthore générale et d'une congestion irritative de l'utérus, reconnaissable aux douleurs de reins, à la pesanteur, à la fatigue des membres, au sang qui s'est écoulé par la vulve. C'est donc bien un exemple d'éclampsie sympathique d'une congestion active de l'utérus ; mais j'accorde aussi que chez cette femme tout disposait à cet accident, la pléthore générale, la grosseur de la tête, la brièveté du cou, etc.

J'eus pu abréger de beaucoup ce travail si je m'étais borné à un résumé ou à une analyse des observations, au lieu de les rapporter avec tous leurs détails. Mais j'ai pensé que le mode que j'ai choisi offre aussi ses avantages, en faisant passer plusieurs fois sous les yeux du lecteur, le tableau de symptômes si nombreux de cette maladie, les diverses narrations que l'on rencontre, les diverses médications qui ont été mises en usage, et où l'on voit leur emploi dans des circonstances où leur action a pu sainement être appréciée. J'ai cru que de cette manière le tout s'imprimerait dans la mémoire d'une manière ineffaçable. Aussi, à la rigueur, pourrai-je ici borner ma tâche en renvoyant aux observations précédentes pour l'indication des causes, des symptômes et du traitement que réclame cette maladie ; mais l'importance du sujet dont je m'occupe est si grande qu'on ne saurait trop y revenir et entrer dans de trop longs détails, je m'efforcerai donc de rap-

porter avec le plus grand soin tout ce qui a rapport à l'éclampsie, en citant le plus grand nombre d'observations intéressantes qu'il me sera possible, afin qu'après la lecture de cet essai, le lecteur conserve un souvenir ineffaçable de cette terrible complication de la grossesse, et des moyens propres à y opposer.

Les causes de l'éclampsie sont très-nombreuses et variées, et elles peuvent, comme celles de la plupart des maladies, être distinguées en deux catégories. La première est celle qui comprend les causes qui facilitent le développement des convulsions, comme l'irritabilité ou la grande sensibilité nerveuse, la pléthore, plus rarement un état de faiblesse, l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, la grosseur de la tête, la brièveté du cou, l'insomnie, les chagrins, la grossesse, etc. Ces causes peuvent être considérées comme prédisposantes, parce que lorsque une ou plusieurs d'elles existant, une cause occasionnelle venant à agir, produira bien plus facilement cette maladie que si le sujet n'était pas sous l'influence de ces causes prédisposantes. Ne perdons pas de vue qu'il n'est pas toujours nécessaire, pour que l'éclampsie se déclare, qu'une cause occasionnelle ait agi, car il est prouvé par de nombreuses observations que les convulsions surviennent souvent pendant la grossesse et le travail, sans causes au moins appréciables; n'est-on pas en droit de conclure alors, que dans ces cas, l'action continue ou augmentée d'une ou plusieurs des causes prédisposantes, a suffi pour faire développer cette terrible complication.

Parmi les causes prédisposantes des convulsions pendant la grossesse, j'en citerai encore une qui, je crois, a été indiquée, pour la première fois, par M. le docteur Demanet, de Gand; c'est l'œdème des extrémités inférieures et des parties génitales. Ce célèbre accoucheur présenta, à ce sujet, un mémoire à la Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Bruxelles. Mais les commissaires, chargés de l'examen de ce mémoire, ne partagèrent point l'opinion du savant praticien gantois; ayant moi-même assisté dans leur accouchement, un grand nombre de femmes dont les parties inférieures étaient œdématiées, sans avoir observé chez aucune d'elles le moindre symptôme de convulsion, quoique plusieurs eussent eu des accouchements longs et difficiles, je ne pouvais admettre l'œdème des extrémités inférieures comme une cause d'éclampsie. Ayant, depuis, relu les cas rapportés par M. le docteur Demanet, j'ai pensé que si l'infiltration des parties inférieures n'était point à vrai dire une des causes déterminantes ou prédisposantes de cette maladie, c'était au moins un signe propre à faire craindre cette affection, en ce que l'œdème est un symptôme de la compression des gros vaisseaux sanguins, et de la gêne qu'éprouve la circulation; gêne qui dispose nécessairement à la congestion cérébrale, et par suite, au développement des convulsions. Cette opinion semble partagée par M. P. Dubois, car je trouve la phrase suivante, insérée dans une note (1) qui semble être le résumé d'une leçon clinique de ce professeur, sur un cas d'éclampsie. *Cette femme se trouvait aussi dans des conditions favorables; elle n'était point infiltrée, circonstance fâcheuse et qui complique beaucoup l'éclampsie.* M. Désormeaux, dans

(1) *Gazette des Hôpitaux*, n° 79, année 1841.

l'article *Éclampsie*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, met aussi l'œdème portée à un haut degré, comme une des causes prédisposantes de cette affection. Aux causes prédisposantes que j'ai indiquées, on peut encore ajouter l'habitation dans les villes, les vêtements étroits, une nourriture succulente, l'usage des spiritueux, etc.

En examinant toutes ces causes prédisposantes, on reconnaîtra que leur action est d'augmenter la susceptibilité ou l'irritabilité nerveuse et de déterminer une congestion céphalique. C'est aussi par le même mode d'action que quelques causes dites déterminantes donnent lieu à l'explosion des symptômes, tandis que d'autres les produisent en portant directement une perversion dans la source de l'influx nerveux.

Parmi les causes déterminantes, on doit citer les affections morales vives, telles que la colère, la jalousie, la frayeur, la contrariété, la joie immodérée, les chagrins, etc., parce que le plus grand nombre d'éclampsies sont dues à des causes de ce genre. Pendant le travail du part, l'affection morale la plus légère peut faire éclater cette malheureuse complication, car il a suffi souvent d'une légère observation, de la vue d'une personne ou d'un objet qui déplaisait à la patiente, l'odeur d'une fleur ou d'un parfum, pour voir se manifester le cortége effrayant des symptômes de l'éclampsie.

J'ai précédemment déjà rapporté plusieurs exemples dus à des causes morales vives et subites, mais les observations de ce genre sont si nombreuses et quelques-unes surtout si intéressantes, que je ne puis me dispenser d'en transcrire encore quelques-unes.

Obs. XL. — Il y a environ six ans, dit M. Capuron, dans son mémoire sur les convulsions pendant la grossesse et le travail de l'accouchement, un jour que j'assistais à la clinique du professeur Dupuytren, on vint me chercher à l'Hôtel-Dieu, vers neuf heures du matin, pour une verdurière, en mal d'enfant, près du marché des Innocents. C'était un colosse par la taille et les formes. Elle avait passé trente ans, et était excessivement pléthorique. Parvenue au terme de sa grossesse, elle avait eu une dispute la veille, dans la soirée, et s'était mise en colère. Le travail de l'accouchement s'était déclaré pendant la nuit, avec de grandes douleurs de la tête et de l'abdomen; il était survenu aussi, presque en même temps, de violentes convulsions. On avait appelé un accoucheur, qui avait fait une saignée de deux palettes, ce qui n'avait pas produit un grand soulagement.

A mon arrivée, elle était sans connaissance et sans parole. On observait, par intervalles, des contorsions dans les membres, on entendait craquer les articulations et grincer les dents; le visage se crispait et les joues prenaient une teinte d'un rouge très-foncé. Tout le corps était agité de saccades convulsives, qui faisaient trembler le lit et une cloison de planches contre laquelle il était appuyé. Le ventre faisait une saillie remarquable par sa dureté; ce qui était l'effet des contractions utérines. La tête de l'enfant se présentait et commençait à descendre dans l'excavation. Les eaux s'étaient écoulées; les voies génitales étaient souples et bien disposées; la peau présentait de la chaleur et un peu d'humidité.

Toutes ces circonstances me portèrent à conseiller une seconde saignée et un bain entier, ce qui fut exécuté sur-le-champ. La femme accoucha

une heure après son immersion, d'un enfant énorme et asphyxié. On ne put le rappeler à la vie. Je repassai vers midi ; la mère était encore dans une profonde somnolence et dans une matité complète. Son pouls battait avec beaucoup de fréquence, quoiqu'il eut perdu de sa force. Il n'y avait plus de convulsions ; les traits du visage offraient beaucoup d'altération et d'affaiblissement ; les lochies coulaient avec peu d'abondance. On appliqua des vésicatoires aux cuisses. Dans la soirée, il se manifesta encore une légère agitation ; un moment après, la femme n'était plus.

Obs. XLI. — Une jeune et très-vigoureuse blanchisseuse du faubourg Saint-Jacques, près l'hospice des Vénériens, avait épousé un brave de la grande armée. Elle était remarquable par sa stature, son embonpoint, ses formes presque athlétiques, et surtout par une grande sensibilité. Devenue enceinte, elle n'avait plus à passer que deux mois environ pour être à terme, lorsqu'elle eut le malheur de recevoir, par hasard, un jour d'hiver, dans la matinée, la visite amicale d'un de ses cousins, avec lequel il avait été question de la marier, et qui portait ombrage à son époux. Celui-ci ne l'eut pas plutôt aperçu en rentrant chez lui pour déjeûner, qu'il lui ordonna brusquement et d'un ton courroucé, de passer la porte. Le cousin, surpris de ce compliment, a l'air de croire que c'est une plaisanterie. Le mari, pour lui prouver qu'il prend la chose au sérieux, saisit une des buches qui sont au feu, et la lui jette à travers, pendant qu'il descend l'escalier pour s'esquiver.

A la vue de cette scène, la femme se trouble et veut pousser quelques cris, mais la voix lui manque ; elle tombe par terre, et tout son corps est agité des plus horribles convulsions. On appelle vite la voisine, une sage-femme, un accoucheur. On ne sait quel parti prendre. On va chercher une potion calmante chez le pharmacien ; mais point de soulagement. On court chez moi dans la soirée. Je la trouve étendue sur son lit, sans connaissance, sans parole et dans l'état comateux le plus profond. Elle éprouvait de temps en temps des secousses, durant lesquelles le visage devenait pourpre, et la poitrine s'élevait et s'abaissait comme dans l'hystérie. La peau était chaude, le pouls fort, irrégulier et accéléré. Je pratiquai le toucher, je ne trouvai aucun signe de travail.

Cet ensemble de phénomènes présentait une indication évidente. Je conseillai une abondante saignée du bras, quarante sangsues au col, autant à l'abdomen et un bain. Je recommandai aussi à l'accoucheur, dans le cas où la femme viendrait à succomber, de faire promptement l'opération césarienne, pour tâcher de sauver l'enfant. Tout fut inutile ; rien ne put empêcher le mal d'empirer et de se terminer d'une manière fatale. L'enfant fut extrait aussitôt après de l'utérus. Il n'avait pas survécu à la mère. L'orifice utérin présentait un peu de dilatation, ce qui semblait annoncer qu'il y avait eu un commencement de travail.

Obs. XLII. — Une jeune demoiselle, de la rue Serpente, naturellement très-nerveuse, quoique d'un tempérament sanguin, était devenue triste et plus sujette aux vives affections de l'âme, depuis la mort d'un frère qui avait été tué d'un coup de fusil, au commencement de la restauration, pour avoir voulu grimper sur le parapet des Tuileries. Mariée à un employé de bureau, et parvenue, sans accident et sans la moindre indisposition, au

septième mois de sa grossesse, elle voit tout à coup son mari, avec qui elle était à table pour déjeûner, pâlir, tomber par terre, se raidir et faire d'horribles grimaces. A ce spectacle, elle est frappée de terreur, et bientôt après, agitée des plus violentes convulsions. On la met sur un lit et on court tout de suite chercher M. le docteur Jacquemin, son médecin et son accoucheur. Malheureusement, il était parti pour la campagne. On va chez un pharmacien qui donne une potion calmante; mais nul soulagement.

Tout cela se passait un lundi, dans le mois d'octobre, autant qu'il m'en souvient. Le lendemain, état comateux; grincement des dents; soubresauts dans les membres. On a recours à un médecin du quartier, qui se contente de prescrire une potion des cinq sirops, auxquels il oublie d'ajouter un véhicule ou délayant ; c'était une sorte de bouillie ou de gelée que la malade ne pouvait boire ni avaler, parce qu'elle ne desserrait pas les dents.

On se décida, le dimanche suivant, c'est-à-dire, six jours après l'accident, à me faire appeler, en attendant le retour du médecin ordinaire. Je la trouvai, à neuf heures du matin, plongée dans une profonde somnolence, immobile, le visage plombé, l'œil entr'ouvert, le pouls grand et accéléré, la peau chaude et humide.

Mon premier soin fut de lui faire une très-abondante saignée; et de la mettre dans un bain émollient. L'effet de cette médication fut sensible. La malade y exécuta quelques mouvements non convulsifs du tronc et des membres. L'inspiration et l'expiration se ranimèrent un peu. Les dents furent moins serrées. On put faire avaler quelques cuillerées de liquide; on crut même entendre murmurer la voix. Mais cette amélioration fut moins réelle qu'apparente. La saignée et le bain furent réitérés le soir, et la nuit fut comme les précédentes. L'assoupissement ne disparut pas.

Le lundi suivant, M. le docteur Jacquemin revint, et nous continuâmes de voir cette malade ensemble. Nous lui fîmes administrer encore un bain et quelques lavements qui ne produisirent ni bien ni mal. Nous n'obtînmes pas plus de succès d'un vésicatoire à la nuque, ni de ceux que nous appliquâmes aux mollets.

Le mardi, tout parut aller au plus mal. Il survint un râle assez bruyant, et à onze heures du matin, la malade cessa de vivre. Je pratiquai, aussitôt après le dernier soupir, l'opération césarienne, en présence de MM. Jacquemin et Marx, et de quelques élèves en médecine qui logeaient dans le voisinage. L'enfant ne donna pas le moindre signe de vie, et nous parut avoir succombé avant la mère. Son âge n'était guère plus de sept mois après la conception.

Après les causes déterminantes de l'éclampsie que je viens d'énumérer, et qui sont celles qui donnent le plus souvent lieu à cette maladie, on doit nécessairement placer les affections cérébrales, puis celles qui dépendent de la matrice, telles que l'extrême sensibilité de cet organe, la rigidité du col, la grosseur de la tête de l'enfant, la longue durée du travail, une métrorrhagie abondante, la déchirure accidentelle du corps et du col de l'utérus.

Si l'énumération des causes des convulsions chez les femmes enceintes n'est point complète, la lecture des observations rapportées dans cette partie de mon travail, y suppléera, sans doute; du moins, je crois avoir indiqué les plus fréquentes.

Cette maladie ne débute pas toujours de la même manière, quelquefois des signes ou symptômes dits précurseurs, viennent indiquer l'imminence de cette affection, mais le plus souvent elle sévit tout à coup. Les signes qui peuvent faire prévoir que des convulsions vont se manifester chez une femme enceinte ou en travail d'enfantement, sont des maux de tête, des lassitudes des membres, des malaises, des oppressions, de l'anxiété, des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles, des pesanteurs de la tête, des soubresauts, des tremblements des muscles du visage, du tronc ou des membres ; l'œil est quelquefois hagard, ébloui, insensible à la lumière; embarras de la langue, voix étendue, ou paraissant plus aiguë.

Les symptômes propres à cette maladie ont la plus grande analogie avec ceux qui caractérisent l'épilepsie ou l'hystérie ; on confonderait cependant plutôt la maladie qui nous occupe avec cette dernière : 1° parce qu'elle n'offre pas, comme dans l'épilepsie, de l'écume à la bouche; 2° parce que le point de départ de l'irritation est le plus souvent dans l'utérus, et parce que le cou, la poitrine et l'abdomen se ressèrent et se relâchent alternativement comme dans les accès d'hystérie ; 3° parce que les malades ne perdent pas toujours entièrement connaissance, et répètent ensuite ce qu'elles ont entendu pendant les accès.

Obs. XLIII. — Nous avons accouché, dit M. Capuron (1), deux fois la femme d'un artiste, laquelle, depuis le commencement du travail jusqu'à la fin, éprouvait les plus violentes convulsions, lorsque les douleurs se faisaient sentir; quelquefois on entendait craquer toutes ses articulations en même temps, et dans l'instant ses membres se tordaient d'avant en arrière; d'autres fois le tronc se pelotonnait et se roulait sur le lit où l'on était obligé de la retenir, pour l'empêcher de tomber par terre. Le moins qu'on y pensait, la tête se portait en avant jusqu'aux genoux, ou bien se renversait en arrière, et touchait presque aux talons; c'était un spectacle qui offrait presque toutes les variétés du tétanos, avec cette différence que la rigidité des muscles ne persévérait pas longtemps. La femme, dans les moments de calme, conservait parfaitement sa raison, et nous rappelait les propos que nous avions tenus pendant qu'elle était agitée. A mesure que le travail avançait, elle avait l'air de rechercher le sommeil, qui fuyait sans cesse ou était interrompu par le renouvellement de l'accès. Enfin, l'accouchement se termina chaque fois sans difficulté, mais les mouvements convulsifs, quoique diminués, durèrent encore jusqu'à la fièvre de lait.

Il est vrai de dire que dans quelques cas d'éclampsie, le symptôme regardé comme caractéristique de l'épilepsie, s'offre aussi : j'en rapporterai ici un exemple que j'ai eu occasion d'observer. Ceci permettrait sans doute la distinction de l'éclampsie en épileptiforme et en hystérique, mais, comme dans tous les cas, le même traitement étant applicable, il me paraît qu'il convient de s'abstenir de toutes ces divisions de maladies, qui ne sont propres qu'à surcharger la mémoire sans utilité réelle pour la patiente.

Obs. XLIV. — L'épouse Ghislain, âgée de 26 ans, d'un tempérament mixte, lymphatique, nerveux, bien réglée avant sa grossesse, était, depuis l'époque de sa puberté, sujette à des accès d'hystérie. Devenue enceinte

(1) Capuron, page 383.

pour la première fois, elle fut tourmentée depuis le commencement de sa grossesse, par de fréquents vomissements et était habituellement constipée ; elle avait été saignée au cinquième mois, cette déplétion n'eut aucune influence sur les vomissements ; parvenue au septième mois, elle fut prise le 18 août, vers le soir, de vomissements tellement intenses, qu'elle me fit demander ; je la trouvai se promenant dans sa chambre et me paraissant très-attristée ; elle avait la face injectée, les yeux rouges et très-abattus ; je m'informai si ces vomissements n'étaient pas quelquefois la suite d'une indigestion, mais elle m'assura n'avoir rien pris depuis trois jours ; les matières vomies ne contenaient, en effet, rien de solide, elles étaient composées de boissons et de suc gastrique : prescription d'une potion anti-émétique, bi-carbonate de potasse, demi-gros ; eau distillée, quatre onces ; et sirop de limon, demi-once, à prendre d'heure en heure une cuillerée ; repos au lit ; de l'eau pour boisson. Les vomissements cessèrent bientôt après l'administration de quelques cuillerées de cette potion ; mais elle fut prise, dans la nuit, d'un accès d'hystérie caractérisé par des mouvements continuels et automatiques, portant les mains vers la gorge et la poitrine, comme pour arracher quelque chose qui la suffoquait, déglutition impossible ; je la trouvai dans cet état, le matin, à ma visite (7 heures). Ce fut aussi alors que j'appris qu'elle était sujette à des attaques d'hystérie, mais de moindre durée que celle-ci ; elle avait eu une selle naturelle dans la nuit. Je me contentai de faire appliquer des cataplasmes aux pieds me proposant de la revoir dans la matinée ; mais vers les huit heures elle eut une convulsion si violente, qu'on vint me chercher en hâte, en me disant que la femme se mourrait. Je trouvai la malade dans l'état suivant : sensibilité tout à fait abolie ; intelligence nulle ; l'accès avait cessé à mon arrivée mais se répéta bientôt, et ils se succédèrent d'une manière effrayante ; la face était dans un état de turgescence et violacée ; la tête contournée ; la bouche écumeuse et sanguinolente ; grincements des dents, entre lesquels la langue se trouve prise ; respiration haute et entrecoupée ; menace de suffocation ; le toucher ne me fait reconnaître aucune disposition à un accouchement prochain, mais la matrice participe au spasme général pendant les accès, dont la durée est à peu près de cinq minutes, et le pouls acquiert une force et une fréquence extrêmes.

Prescription : saignée de xij onces, des lavements avec l'asa fœtida ʒj et teinture de valériane ʒs, sinapisme aux pieds, dix sangsues à la région temporale et une potion calmante à l'intérieur.

Immédiatement après la saignée, les convulsions me paraissent moins fortes et de moindre durée ; mais deux ou trois heures après, la malade se trouve à peu près dans le même état, et les accès se répètent aussi fréquemment ; les lavements sont bien restés ; les sinapismes ont agi avec force et produit des phlyctènes ; les sangsues ont peu saigné ; le toucher ne présente rien de particulier. Je pratiquai une nouvelle saignée de huit à dix onces. Immédiatement après la saignée, on essaie de lui donner de sa potion calmante, et l'on parvient avec difficulté à lui en faire avaler quelques gouttes ; les convulsions continuent. Vers les trois heures de l'après-midi, je touche de nouveau la femme et reconnais alors une légère dilatation de l'orifice du col de la matrice de la grandeur d'une pièce de 25 centimes. Je fais de-

mander le docteur Hoebeke comme consultant ; en attendant son arrivée, l'orifice se dilate de plus en plus, et la poche des eaux se forme, les membranes me paraissent très-dures ; effectivement, quoique la poche fut très-tendue, je dus employer une certaine force pour les rompre. Lorsque l'orifice fut ouvert de la grandeur d'une pièce d'un franc, les convulsions alternent avec les contractions de la matrice et la femme s'accouche promptement, trois quarts d'heure après le commencement du travail, d'un enfant de six mois et demi, vivant, mais qui s'éteint bientôt, l'arrière-faix vient naturellement; après la délivrance, la malade se trouve toujours dans le même état d'insensibilité ; les attaques se répètent encore et sa situation ne présente aucune amélioration.

Prescription d'une potion calmante: ℞. Eau de bryone composée, quatre onces; teinture de castor, dix gouttes, et sirop d'éther, demi-once; fomentation d'eau froide sur la tête.

Huit heures du soir, les accès ne sont plus si violents ni de si longue durée ; nous parvenons à faire avaler à la malade quelques gouttes de sa potion calmante avec le castor. Elle a encore pendant la nuit trois accès.

Le 20, plus d'accès, mais toujours même insensibilité ; elle boit cependant avec moins de difficulté. Application de dix sangsues à la vulve et fomentations d'eau froide sur la tête. A la visite du soir, la malade fait des mouvements continuels et se débat d'une manière si violente, qu'il fut impossible d'appliquer les sangsues ; mais comme elle perd peu, on les fait appliquer à l'abdomen, avec recommandation de recouvrir les piqûres d'un cataplasme. La malade n'ayant pas eu de selle, on lui donne un lavement avec l'huile de ricin.

Le 21, la malade se débat toujours et prononce quelques paroles incohérentes ; fièvre nulle. Les sangsues ont bien saigné ; la langue blessée est chargée d'un enduit jaune, elle la pousse sur notre demande ; rire hébété. Lorsqu'on lui parle, elle paraît étonnée et ne se doute nullement de ce qui s'est passé.

Prescription : Bouillon de veau avec quelques gouttes de jus de citron ; de l'eau pour boisson.

Le 22, elle répond plus facilement à nos demandes ; point de fièvre.

Prescription : Bouillon de veau et quelques pruneaux cuits. Vers le soir, elle se trouve un peu agitée.

Le 23, succion des seins par un jeune chien pour favoriser la sécrétion du lait; même régime et une potion avec un gros de carbonate de soude, à prendre d'heure en heure une cuillerée à bouche. Vers le soir toujours un peu d'agitation ; selles naturelles.

Le 24, la sécrétion du lait se fait bien, mais la malade se trouve en proie à des illusions, elle voit toutes sortes d'images effrayantes, croit mourrir et demande son confesseur. Vers le soir, cet état augmente, elle pleure et refuse de boire; je parviens à lui faire prendre, avec beaucoup de peine, le restant de sa potion calmante. Elle se lève ; la nuit est calme.

Le lendemain 25, même agitation que le jour précédent ; elle se plaint de faim et d'une faiblesse générale: bouillon un peu plus fort. Dans l'après-midi, l'agitation augmente et devient un véritable délire nerveux ; on ne peut plus contenir la malade qui se lève et refuse toujours de boire;

elle veut se jeter par la fenêtre, etc. ; ce délire se termine par une syncope.

Prescription : dix grains de sulfate de quinine, dans une potion d'eau de bryone composée, quatre onces ; sirop de menthe, demi-once ; et dix gouttes de teinture de castor. La nuit est calme.

Le 26, nouvel accès d'agitation ; bouillon de veau. Vers le soir, état de faiblesse générale qui commence par un tremblement du petit doigt. Nuit calme. Comme ces accès semblent prendre le type intermittent, nous recommandons de lui faire prendre, une heure avant les accès, deux ou trois cuillerées de sa potion avec le sulfate de quinine, l'eau de bryone composée, et le castor, etc., que nous avons fait répéter.

Le 27, la malade se trouve très-bien, se plaint toujours de faim.

Prescription : petit-lait et quelques légumes. L'accès de faiblesse se déclare vers les deux heures de l'après-midi, mais dure très-peu ; elle fait usage de sa potion ; depuis lors, l'accès ne s'est plus renouvelé.

Le 28, la malade se trouve très-bien, demande toujours à manger. Nous augmentons la quantité et la qualité de sa nourriture et nous lui prescrivons un lavement purgatif qu'on est forcé de renouveler pour lui procurer une selle.

Le 29, la malade se trouve très-bien, elle commence à s'occuper de son ménage, et son état s'améliore si rapidement, que le 2 septembre, elle sort et se trouve parfaitement rétablie.

Les convulsions sont une des complications les plus funestes qui peuvent survenir dans le cours de la grossesse. En effet, il n'est pas rare de voir succomber et la mère et l'enfant, lorsque la maladie se déclare pendant la gestation. Le plus souvent, cependant, ce dernier seul succombe, soit que, renfermé encore dans le sein de la mère, il partage l'ébranlement nerveux, soit que les spasmes de l'utérus déterminent les véritables douleurs du part et expulsent le fœtus avant le terme révolu de la conception.

C'est donc à prévenir cette terrible maladie par tous les moyens possibles que l'accoucheur doit tendre, lorsqu'il est consulté par des personnes nerveuses hystériques ou épileptiques ; c'est à agir avec promptitude et à employer les moyens les plus énergiques pour arrêter les convulsions, qu'il doit s'attacher, lorsque la maladie s'est déclarée avant qu'on n'ait eu recours à ses conseils.

Dans le traitement que j'ai employé chez le sujet de cette observation, je crois avoir rempli les principales indications, posées par les auteurs les plus recommandables. La saignée répétée suivant la force du sujet, les dérivatifs, les antispasmodiques, etc. ; les bains seuls n'ont pas été mis en usage. L'agitation extrême de la malade, la force avec laquelle elle s'élançait de côté et d'autre, et surtout le peu de temps qui séparait les accès, en rendaient toute tentative impossible. L'insuccès de tous ces moyens m'aurait bientôt décidé à provoquer l'accouchement prématuré ; mais ici la nature vint à mon aide et je pus me borner à la seconder, en rompant les membranes de l'œuf, dès qu'il y eut une légère dilatation du col utérin. L'accouchement terminé, j'avais déjà l'espoir que les accès nerveux cesseraient bientôt ; cependant j'insistais sur les antispasmodiques, les fomentations froides sur la tête et je n'eus pas à m'en repentir. La femme fut pendant deux ou trois jours dans un état d'aliénation mentale, avec quelques légers signes

de nymphomanie, c'est ce qui nous fit prescrire des sangsues à la vulve et la succion des seins pour établir plus promptement la sécrétion du lait et produire ainsi une révulsion efficace. Enfin, le résultat me fut favorable; en onze jours cette femme fut entièrement rétablie : l'art et la nature s'étant aidés réciproquement.

J'ai intitulé cette observation : Hystérie épileptiforme, parce que dans les accès on voyait les signes évidents de l'hystérie, caractérisée surtout par le sentiment de constriction à la gorge et les mouvements automatiques ; l'épilepsie offrait en même temps ses symptômes les plus marquants, la turgescence de la face, l'écume de la bouche, le resserrement des mâchoires, etc.

Les convulsions pendant la grossesse ou la parturition sont partielles ou générales, lorsqu'elles se bornent aux muscles du tronc ou des membres, les accès ne sont presque jamais continus ou de longue durée, le corps s'agite et se contourne de mille manières différentes, et c'est dans ces cas que les facultés intellectuelles et les fonctions des sens sont à peine troublées.

Mais lorsque les convulsions sont générales, on voit les yeux se rouler dans leurs orbites; les traits de la face sont d'une mobilité extrême; tous les muscles du tronc et des membres sont dans une agitation continuelle; il y a grincement des dents; la respiration s'accélère, se dérange et devient ronflante; l'excrétion de l'urine et des matières fécales est involontaire; parfois la bouche et les narines blanchissent d'écume. Bientôt à cette agitation et à ce trouble succède un état de mobilité et de raideur, qui dure plus ou moins longtemps, et la femme finit par tomber dans un état de somnolence, avec perte plus ou moins complète des sens et des facultés intellectuelles.

Pour ce qui est du pronostic de cette maladie, on a vu que je regardais les convulsions chez la femme enceinte ou en travail, comme une complication extrêmement grave; parfois cependant, cette affection est assez légère, et cesse de se manifester après un accès ou deux, sans qu'on ait employé aucune médication; d'autres fois elle cède facilement soit à une saignée, à un bain, ou à quelques légers antispasmodiques, mais le plus souvent ce n'est qu'en mettant à contribution tous les moyens que l'art a à lui opposer, et en agissant avec la plus grande promptitude et avec énergie qu'on parvient à sauver la vie de la femme; enfin, il n'est pas rare de voir succomber la malade, malgré le traitement le plus actif et le mieux ordonné. Ce sera donc sur l'état physique et moral de la femme, et d'après le plus ou le moins de violence des symptômes qui se manifesteront, que le praticien devra baser son pronostic. Cette maladie est quelquefois suivie d'accidents plus ou moins graves, et particulièrement de cécité ou d'aliénation mentale, comme nous l'avons remarqué dans l'observation XLIV et dans celle que je rapporte ici : ces suites de l'éclampsie ne doivent pas beaucoup inquiéter ni le praticien, ni la malade, ni les parents, car ils se dissipent ordinairement au bout de quelques jours.

Obs. XLV. — Madame Duval, âgée de 19 ans, était arrivée au huitième mois d'une première grossesse, lorsque le 3 avril dernier, vers minuit, sans causes connues, elle tomba dans un état convulsif effrayant. Appelé près d'elle à deux heures du matin, je la trouvai en proie à d'affreuses convul-

sions. La face était violacée, le cou gonflé, les dents serrées; une écume sanguinolente s'échappait des lèvres. Je reconnus aussitôt tous les symptômes de l'éclampsie, et je m'empressai de lui tirer environ deux palettes de sang, puis je prescrivis une potion avec l'eau de mélisse, l'eau de fleurs d'oranger, le sirop d'éther et la teinture de castor, médicaments qui ne produisirent que très-peu d'effet, vu la difficulté de les faire parvenir dans l'estomac. Je fis appliquer deux sinapismes aux pieds, tandis qu'on couvrait le front de glace pilée et renfermée dans une vessie.

Le soir, les accidents n'ayant aucunement diminué, j'appliquai des vésicatoires aux jambes. Mon ami, le docteur Barré, fut appelé en consultation. Il pensa, comme moi, que la terminaison de l'accouchement pouvait seule mettre un terme à ces accidents; mais le peu de dilatation du col ne permettait pas de recourir à cette opération. Cependant, à neuf heures du soir, une troisième saignée fut pratiquée, nécessitée par l'augmentation des convulsions qui étaient presque continuelles. Cet état de choses dura jusqu'à deux heures du matin, époque à laquelle la malade sembla éprouver de véritables douleurs d'enfantement. Bientôt je pus appliquer le forceps, et je fis avec facilité l'extraction d'un enfant qui paraissait mort depuis quelques jours. La délivrance suivit promptement, et il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang.

Quand la femme eut été reportée dans son lit, les convulsions firent place à une extrême prostration. La malade restait sans connaissance, le cou et la face gonflés. Craignant de nouveaux accidents, je fis appliquer 10 sangsues à la vulve. On continua en outre, autant que possible, l'usage des potions déjà prescrites, et de plus une tisane de valériane et de chiendent édulcorée avec le sirop de capillaire. Sous l'influence de ces moyens, la malade resta plongée dans un état de somnolence. Enfin, vers neuf heures, elle regarde les assistants, reconnaît son mari, et, s'étonnant d'être dans son lit, veut absolument en sortir. Il faut joindre la force à la persuasion pour l'y retenir. La nuit suivante se passe sans convulsions, mais la malade a une loquacité continuelle, crie et vocifère après son mari dès qu'il s'éloigne. La journée du 5 se passa dans le même état. Le délire était continuel, bien qu'elle reconnût toutes les personnes qui l'entouraient.

Les jours suivants, l'état d'aliénation mentale resta le même. Tantôt la malade croyait que le feu était à son lit; tantôt elle injuriait son mari et les personnes qui l'entouraient. Enfin, au bout de quelques jours, après une consultation avec M. De Foville, il fut convenu qu'on l'emmènerait à l'asile des aliénés. Là elle reçut les soins convenables à sa position, et elle revint assez promptement à la raison. Je reçus sa visite le 30 juin, jour de sa sortie. A une bonne santé se joignait un calme complet dans les idées. Elle se persuadait seulement difficilement qu'elle fût accouchée.

Les observations d'éclampsie que j'ai rapportées ont exposé les diverses médications qui peuvent être opposées à cette maladie : on a vu que son traitement consistait principalement dans la saignée plus ou moins répétée, dans les bains, les antispasmodiques, les narcotiques, la rupture de la poche des eaux, l'extraction du fœtus et du placenta, et, comme nous le verrons plus bas, dans certaines circonstances, dans le débridement du col utérin ou hystérotomie vaginale. Si les auteurs sont tous d'accord sur les

moyens à employer contre cette complication de la grossesse et de l'accouchement, ils ne se sont pas prononcés sur le temps où l'un ou l'autre de ces moyens doit être employé; les uns nous conseillent d'insister sur les déplétions, les émollients et les antispasmodiques, en s'appuyant sur des faits nombreux où la nature s'est suffi à elle-même pour expulser le produit de la conception ; d'autres insistent pour recourir, le plus tôt possible, à la rupture de la poche des eaux et à l'extraction de l'enfant. Si, comme il arrive presque toujours, les deux extrêmes peuvent être nuisibles, il est certain cependant qu'on s'exposera bien plus à voir succomber la femme par une trop grande confiance dans les ressources de la nature, qu'en rompant de bonne heure la poche amniotique, surtout si on attend seulement jusqu'à ce que l'orifice de la matrice se soit assez ouvert pour qu'on puisse faire cette opération sans trop violenter le col de cet organe. M. le docteur Godemer, médecin de l'hôpital civil d'Ambrières (Mayenne), partisan de cette manière d'agir dans l'éclampsie, a rapporté plusieurs cas dans lesquels il a parfaitement réussi par cette méthode. Ces observations sont assez intéressantes pour que je les transcrive, ainsi que les réflexions dont ce praticien les fait suivre et qui ne seront pas lues sans fruit. Aussi pour ne pas tronquer cet intéressant mémoire, je le rapporterai en entier.

Obs. XLVI. — Dans l'éclampsie, les saignées et les révulsifs sont les seuls moyens que tout praticien doive mettre en œuvre; mais quand les saignées et les révulsifs n'enlèvent pas les convulsions, ou du moins ne diminuent pas les accidents, il est de précepte de rompre les membranes et de se hâter ou de faire la version, ou d'appliquer le forceps, suivant les circonstances. Il faut donc que les saignées et les révulsifs aient été mis en usage avant de tenter la rupture des membranes. La rupture de ces membranes peut être naturelle ou accidentelle; naturelle, quand elle est déterminée par les seules ressources de la nature; accidentelle, quand elle est le résultat des manœuvres du chirurgien.

Dix-huit cas d'éclampsie se sont présentés à mon observation ; j'ai toujours débuté dans le traitement de ces maladies par les saignées et les révulsifs : sur bien des sujets, ces moyens ne m'ont pas réussi. Six fois seulement ils ont été couronnés de succès, tandis que la rupture des membranes a rarement trompé mes espérances.

Trois observations seront suffisantes pour donner une idée précise du mode de traitement que je mets en pratique dans l'éclampsie. La narration d'un plus grand nombre de cas ne serait qu'une répétition; seulement je choisirai des femmes atteintes d'éclampsie à cinq mois et demi de grossesse; à six mois, à presque neuf mois, et cela afin de donner un champ d'observation plus complet.

Obs. I. — La femme Grandin, âgée de 25 ans, d'une taille moyenne, robuste, sanguine, enceinte de cinq mois et demi, à la suite d'une fatigue extrême, éprouve les accidents suivants : raideur tétanique des membres, suivie alternativement de contractions énergiques de tous les muscles; perte des sens ; vomissements; émissions involontaires des urines; pouls petit, intermittent ; flexion du rachis tantôt en avant, tantôt en arrière ; les yeux tantôt fixes, tantôt d'une mobilité extrême ; la bouche écumante. Ces accidents duraient depuis cinq jours consécutifs quand je fus appelé près de

la malade : ils étaient suivis d'une prostration extrême et d'un coma profond.

Une saignée de 600 grammes fut pratiquée; de la glace fut mise sur la tête et renouvelée toutes les deux heures; un large vésicatoire fut posé à chaque cuisse; douze sangsues furent placées au siége; on appliqua des cataplasmes émollients très-chauds sur l'abdomen et des sinapismes aux pieds; on donna pour boisson de l'eau de tilleul.

Le lendemain rien n'était changé.

Le troisième jour, l'état de la malade était toujours le même, et, n'ayant trouvé l'orifice utérin dilaté que pour recevoir deux doigts, je rompis les membranes avec la sonde à dard; les eaux s'écoulèrent; les accès d'éclampsie furent plus rares. La journée, la nuit, le lendemain, se passèrent de même.

Le lendemain au soir, aucun changement, point de commencement dans le travail, toujours même dureté et même rigidité du col; rien ne fait présumer une terminaison désirable; les accidents redoublent d'intensité.

La femme Grandin et l'enfant allaient périr : il ne restait d'espoir que dans l'hystérotomie; je fus loin de balancer un instant : cette opération fut pratiquée en douze minutes et trois secondes.

Un enfant du sexe masculin fut amené vivant. L'opération et ses suites ne présentèrent rien de remarquable. L'enfant vécut treize heures. Trente-trois jours après la femme Grandin était en pleine convalescence.

Obs. II. — Le 3 novembre 1832, je fus appelé près de la femme Lerey, petite, maigre, nerveuse, âgée de 28 ans, enceinte de six mois. A mon arrivée, je fus témoin de l'accès suivant : raideur tétanique des membres, suivie alternativement de contractions énergiques de tous les muscles; perte de sens; hoquets; palpitations; émissions involontaires des urines; lèvres écumeuses; pouls obscur, serré; pupilles dilatées; yeux tantôt fixes, tantôt d'une mobilité effrayante; le tronc courbé en avant. L'accès dura vingt-trois minutes, et fut suivi d'une grande faiblesse et d'un coma profond. Depuis douze jours, la femme Lerey était sept ou huit fois par jour en proie à ces sortes d'accès.

Je fis une saignée de 650 grammes; je prescrivis en outre des applications de douze sangsues aux cuisses, de vésicatoires aux jambes, de sinapismes aux pieds, de glace sur la tête (cette dernière application renouvelée de deux heures en deux heures) et de cataplasmes émollients sur l'abdomen.

Le lendemain, bien qu'il y eut du mieux, tous les symptômes semblaient s'aggraver. Même prescription que la veille.

Le soir, ne voyant aucun changement, j'ouvre les membranes avec la sonde à dard; les eaux s'écoulent bien; quelques heures après (huit heures), les accès deviennent plus fréquents, tout semble présager une mort certaine : le col était dur et long; l'orifice permettait à peine l'introduction de deux doigts. Je ne vis de possible et de raisonnable que l'opération de l'hystérotomie vaginale, opération à laquelle j'eus recours sur-le-champ. Sa durée fut de quatorze minutes; son résultat fut un enfant du sexe masculin, qui ne vécut que deux heures trente-sept minutes. Quarante-un jours après, la femme Lerey pouvait vaquer à ses occupations journalières.

Obs. III.— Madame B..., d'Ambrières, d'un tempérament lymphatique.

âgée de 19 ans, est enceinte pour la première fois. Elle a atteint le terme de sa grossesse, moins une douzaine de jours. Pendant un incendie qui dévorait une partie de sa fortune, elle tombe sans connaissance et comme morte. Arrivé près d'elle, je fus témoin d'un accès d'éclampsie : perte de sens; raideur tétanique des membres, suivie alternativement de contractions violentes des mêmes parties; vomissements; émissions involontaires des urines; bouche écumeuse; yeux tantôt fixes, tantôt mobiles; pouls petit, concentré; le tronc courbé tantôt en avant, tantôt en arrière.

Sur-le-champ je fis une saignée de 600 grammes au bras; une heure après, 15 sangsues furent placées au siége; je fis mettre en outre un vésicatoire à chaque cuisse, de la glace sur la tête (renouvelée toutes les deux heures), des cataplasmes émollients très-chauds sur le ventre, des sinapismes aux pieds.

Appelé de nouveau au milieu de la nuit, je fus témoin, dans l'espace de trente-une minutes, de deux accès violents, et j'appris que, depuis ma première visite, les accidents avaient augmenté d'heure en heure, malgré le traitement employé.

La position étant critique, j'ouvre les membranes avec la sonde à dard. Comme par enchantement, plus d'éclampsie, et cela pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, un accès survient et semble déterminer les douleurs de l'enfantement. En effet, vingt-cinq minutes après cet accès, madame B.... mit au monde un enfant du sexe féminin, bien vivant. Cet enfant, qui a maintenant 7 ans, jouit d'une bonne santé. Madame B.... a eu deux enfants depuis cette époque; mais jamais l'éclampsie n'a reparu.

Avant de pratiquer l'opération, je fis mettre la femme Grandin pendant six minutes dans un bain chaud; au sortir du bain, elle fut placée sur un lit, les jambes et les cuisses fléchies. Un bistouri droit, boutonné, fut porté le long de l'indicateur dans l'orifice du col, et trois incisions verticales faites, l'une sur la partie antérieure, les deux autres sur les parties latérales du col utérin, produisirent une dilatation sensible. La quantité de sang perdue pendant cette opération me parut pouvoir être évaluée à 40 grammes. Mon bistouri était à peine retiré que le pied droit se présenta accompagné de la main du même côté, et d'une anse du cordon ombilical. Il y avait inertie complète de la matrice; les accès d'éclampsie ne s'étaient pas renouvelés depuis le commencement de l'opération.

Après avoir rentré d'abord le cordon ombilical, ensuite la main, et cela dans l'ordre de leur sortie, je fus chercher d'abord le pied gauche : les deux pieds obtenus, je fis des tractions légères de droite à gauche, les épaules se présentèrent de suite; je fis toujours des tractions, les bras se dégagèrent seuls; la tête franchit rapidement, une fois les bras sortis. L'expulsion du placenta ne se fit pas attendre, elle eut lieu de suite. Il s'écoula, depuis la sortie du bain jusqu'à l'expulsion du placenta, douze minutes trois secondes. Des bains de siége répétés tous les deux jours, des injections émollientes deux fois par jour, la diète les premiers jours, puis une nourriture fortifiante prise en petite quantité et souvent, le repos le plus absolu, amenèrent au bout de trente-trois jours, l'état le plus satisfaisant.

Le même mode d'opérer fut suivi pour la femme Lerey : seulement, au lieu de trois incisions, il n'en fut pratiqué que deux : l'une sur la partie

latérale droite, l'autre sur la partie latérale gauche du col utérin. La quantité de sang perdue me parut pouvoir être évaluée à 50 grammes. Les accès d'éclampsie ne furent ni plus rares, ni moins violents. La malade avait la figure très-injectée, les yeux vifs, mobiles; son agitation était extrême. Cette opération pratiquée, la tête se présenta; l'enfant fut expulsé, ainsi que le placenta, par les seules ressources de la nature. Les douleurs se succédèrent rapidement; la sortie du fœtus et du placenta s'opéra dans l'espace de quatorze minutes. Le lendemain la fièvre était violente, le ventre sensible, la langue rouge, la soif vive. Quinze sangsues au siége firent cesser tous les accidents inflammatoires commençants.

Comme pour la femme Grandin, le traitement consista en des bains de siége tous les deux jours, en des injections émollientes tous les jours; la diète la plus sévère les premiers jours, ensuite une bonne nourriture prise en petite quantité et souvent; le repos le plus absolu. Quarante jours après, la femme Lerey était parfaitement guérie.

Il est difficile de rencontrer des exemples d'éclampsie d'un intérêt plus grand : jamais caractères de maladie n'ont été plus tranchés, jamais aussi médication plus active ne put être mise en usage.

Les auteurs qui traitent de l'accouchement n'indiquent pas d'une manière précise les règles à suivre dans le traitement de l'éclampsie; ils avouent par là que l'expérience et la comparaison des faits déjà observés doivent servir de guide au praticien, et que, suivant les circonstances dans lesquelles il se trouve, il doit ou temporiser ou agir. Pouvait-il en être autrement jusqu'à ce qu'une masse imposante de faits permît d'établir des principes fixes, invariables?

Malheureusement cela n'est pas encore possible. Cependant, dans le traitement à suivre dans cette affection, la science a fait des progrès. Ainsi, il est bien reconnu qu'après l'écoulement des eaux, les accès d'éclampsie deviennent plus rares : d'où je conclus que, dans cette maladie, il faut se presser d'ouvrir les membranes.

Toutes les fois que l'éclampsie est rebelle aux saignées et aux révulsifs, il ne faut point balancer à ouvrir les membranes, car presque toujours il en résulte, au moins pendant quelques heures, de la diminution dans les accidents. La femme Grandin et madame B... nous en fournissent des preuves remarquables. Les accès étant moins fréquents après l'écoulement des eaux, il est évident que la distension de l'utérus est la cause ou qui entretient ou qui détermine cette affection.

Deux fois seulement j'ai vu les accès d'éclampsie continuer et même redoubler après l'écoulement des eaux; deux femmes ont succombé, l'une pendant la délivrance, l'autre vingt-cinq minutes après avoir été délivrée.

Il est encore bien reconnu, qu'une fois la poche des eaux ouvertes, il faut attendre plusieurs heures avant que de tenter la version du fœtus; mais pour accorder ce temps à la matrice, dont tous les efforts tendent à se délivrer du produit qu'elle contient, il faut que la femme soit dans des conditions favorables. Par exemple, il faut que les accès d'éclampsie aient diminué de beaucoup, s'ils n'ont pas disparu en entier; il faut que l'inertie de la matrice ne soit pas opiniâtre; il faut que la dureté et la rigidité du col ne

soient pas invincibles; il faut, en un mot, que la vie de la mère et celle de l'enfant ne soient pas compromises par cette temporisation.

La rupture des membranes ne lève pas toutes les difficultés; elle offre seulement, au milieu de dangers sans nombre, une chance de succès. Quand l'éclampsie, après la sortie des eaux, n'a cédé en rien de son intensité; quand le col ne présente aucune dilatation; quand l'inertie de la matrice semble augmenter les accidents, que faire? Pratiquer l'hystérotomie vaginale est la seule planche de salut. Ou faire cette opération, ou abandonner la malade à une mort certaine, telle est l'alternative rigoureuse contre laquelle il faut lutter. Dans une position aussi critique, au milieu de scènes de douleurs aussi nombreuses que déchirantes, il faut, comme je l'ai fait, pratiquer l'hystérotomie.

Je n'ai qu'à m'applaudir d'y avoir eu recours sur les femmes que je viens de citer, parce que ces femmes ont échappé à ce danger évident.

Ainsi, il faut, quand la version n'est pas praticable, avoir recours à l'hystérotomie vaginale.

Avant de finir je dois dire que chaque fois que j'ai traité une femme atteinte d'éclampsie, j'ai remarqué que les eaux de l'amnios étaient plus abondantes qu'elles ne le sont d'habitude (1).

Je ne puis mieux clore ce chapitre qu'en rapportant ici la conduite que M. le professeur Capuron indique au médecin de suivre dans le cas qui nous occupe : ce tableau du traitement général de l'éclampsie me paraît au niveau actuel de la science et renfermer toutes les indications à remplir dans cette maladie.

Obs. XLIX. — Dès que la femme en travail vient à être agitée de convulsions, le premier soin doit être d'en rechercher la cause, et d'y remédier, s'il est possible; cet accident dépend-il d'un état pléthorique; y a-t-il de la douleur et de la pesanteur à la tête, de l'assoupissement, des vertiges, des tintements d'oreilles; la figure est-elle animée, et l'œil étincelant, alors la saignée est indispensable, pour prévenir l'engorgement du cerveau et la compression de l'origine des nerfs. Mais quelle veine faut-il ouvrir en pareil cas? La saignée du pied a été conseillée, mais elle n'a pas eu les mêmes succès que celle du cou et du bras. Les convulsions tiennent-elles à l'embarras des premières voies; y a-t-il céphalalgie sus-orbitaire, des nausées et de l'amertume à la bouche; la langue est-elle sale, et l'épigastre douloureux, il faut recourir aux évacuants, tels que les vomitifs ou les catarthiques. La femme est-elle douée d'un tempérament excessivement nerveux, sujette à l'hystérie, ou à quelqu'autre affection spasmodique, ce sont les calmants qui lui conviennent, tels que les bains, l'eau de fleurs d'oranger, à haute dose, la liqueur minérale anodine d'Hoffmann, le camphre, le musc, l'asa-fœtida, l'éther, quelques préparations opiacées, etc. Les émotions morales qui ont occasionné les convulsions exigent le repos du corps, le calme de l'esprit et la dissipation. L'état de faiblesse, presque toujours fâcheux, qui résulte d'une hémorrhagie excessive, réclame les restaurants et les analeptiques, tels que les bons consommés, et même quelques cuillerées de vin vieux. Est-ce le col de la

(1) Rec. des trav. de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire, 1841.

matrice qui, trop ferme ou trop sensible, oppose trop de résistance, et occasionne le trouble du système nerveux; il faut tâcher de la ramollir et d'en diminuer la sensibilité, en l'exposant à la vapeur de l'eau tiède, ou en plongeant la femme dans un demi-bain, ou en faisant des injections émollientes dans les parties génitales. Si, malgré tous ces moyens, l'orifice de l'utérus refuse de céder et présente un bord dur, tendu et calleux, comme dans l'état de squirrhe, il faut nécessairement en faire la section, sous peine de compromettre la vie de la femme. Dubosc, professeur du collége de chirurgie à Toulouse, rapporte n'avoir pu sauver autrement une femme qui avait attendu presque jusqu'au terme de sa fécondité, pour goûter le plaisir d'être mère. Quelques minutes après la section du col utérin, les convulsions se calmèrent, et l'accouchement se termina de lui-même. Une telle conduite, loin d'être blâmable, devrait être au contraire imitée, si l'on se trouvait dans une semblable conjoncture.

Enfin, lorsque la dilatation de l'orifice utérin s'est opérée spontanément, ou qu'elle est due à la dilatation du col, si l'accouchement tarde trop longtemps à se faire, c'est le cas de prêter la main à la nature. On commence d'abord par rompre la poche des eaux, ce qui suffit, quelquefois, pour faire cesser les convulsions. Car, en diminuant ainsi le volume de la matrice, on en relâche la fibre, on en calme la sensibilité et l'irritabilité, et on favorise la dérivation du sang qui se portait à la tête, parce qu'on lui laisse plus de liberté pour circuler dans les vaisseaux de l'abdomen.

Mais si les convulsions persistent encore, malgré l'évacuation des eaux de l'amnios, il n'y a plus de ressource que dans l'extraction complète du fœtus. Alors de deux choses l'une; ou l'enfant se présente à travers, ou il offre l'une des extrémités de la forme ovoïde sous laquelle il est ployé. Dans le premier cas, on le retourne, et on l'amène par les pieds; dans le second, on va saisir ces mêmes extrémités, lorsqu'elles se présentent, ou bien, lorsque l'enfant vient par les genoux ou les fesses; mais, si la tête vient la première, et qu'elle soit déjà engagée dans l'excavation du bassin, le forceps est préférable à tout autre moyen, et exclusivement indiqué, lorsqu'elle a franchi le col de la matrice.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

—

TRAITEMENT

DU

TYPHUS ABDOMINAL AU MOYEN DU NITRATE D'ARGENT ;

Par le docteur Jos. Dominique KALT, à BONN.

La série de symptômes que présente le typhus et surtout les ulcères qu'on a trouvés dans les intestins, lors des autopsies, ont porté les médecins de nos jours à regarder cette maladie comme dépendant principalement de l'affection de la membrane muqueuse intestinale.

Les médecins ne sont pas du reste d'accord sur ce qui concerne la nature de cette maladie. Les uns la regardent comme une inflammation de la membrane muqueuse avec formation d'ulcères (dothinentérite), tandis que les autres sont d'avis qu'elle constitue une maladie *sui generis* ayant pour base des causes encore inconnues, et dont, selon eux, la dothinentérite ne forme qu'un symptôme plus ou moins essentiel. *Schoenlein* croit que cette maladie consiste dans une inflammation des ganglions, attendu que les autopsies dénotent l'existence des terminaisons d'une inflammation de cette nature.

Il signale, en conséquence, cette maladie comme un typhus ganglionnaire, et la range dans la famille des maladies typhoïdes. Il n'entre pas dans mon but d'examiner ici la valeur de cette opinion, car je n'ai en vue que d'émettre quelques considérations sur la marche et le traitement du typhus; mon travail reposant, du reste, sur l'opinion théorique que la maladie en question est de préférence une affection de la membrane muqueuse, et, en outre, il tend à appuyer cette opinion sur des faits pratiques ou *a posteriori*.

La membrane muqueuse intestinale possède, sans doute, autant de vaisseaux sanguins et de ramifications nerveuses, d'une importance physiologique également grande et non moins riche de relations sympathiques, que la peau extérieure, qui, dans la scarlatine, la rougeole, dans la petite-vé-

role et dans d'autres maladies exanthématiques, etc., donne lieu au développement de fièvres offrant des symptômes non moins dangereux d'une affection sympathique d'organes internes. Lorsque cette membrane muqueuse est devenue malade dans toute son étendue, elle présente, sans doute, une aussi grande série de symptômes que dans le cas que je viens de citer, et je crois, en conséquence, que l'opinion que l'affection morbide de toute la membrane muqueuse explique d'une manière suffisante le typhus abdominal, n'est nullement dénuée de fondement.

Les limites fort étroites dans lesquelles je dois me renfermer, m'interdisent d'entrer ici dans des détails trop prolixes; je me bornerai à exposer ce qui suit :

Le début de la maladie n'offre que des symptômes qui regardent presque entièrement le système chylo-poétique ou qui, du moins, s'expliquent par leur sympathie avec celui-ci. A mesure que les sécrétions de la muqueuse subissent peu à peu des changements, tant sous le rapport de leur quantité que sous celui de leur qualité, la fièvre, la lassitude, les vertiges, la céphalalgie, vont également en croissant. Il s'ensuit que ce sont ces sécrétions sur lesquelles repose le danger principal; danger qui croît dans la même proportion que celles-ci deviennent de plus en plus anormales, tant en quantité qu'en qualité, puisqu'en épuisant les forces et en décomposant nécessairement le sang, elles amènent une irritation et une nutrition morbides de tous les organes. Les fréquentes garde-robes contiennent une grande quantité d'albumine, ce qui a pour suite nécessaire une mixtion vicieuse du sang, vu que l'albumine est sécrétée par le sang qui est la source de toutes les sécrétions.

Elles sont également la cause de ce que le sang devient noirâtre et montre moins de tendance à se coaguler, car elles privent le sang du sel qui se trouve principalement dans le sérum, excrété en partie avec les excrétions alvines, séreuses et albumineuses.

La décomposition du sang atteint un degré tel qu'il se développe des gaz dans les grands vaisseaux et qu'il se forme des vésicules blanches et miliaires contenant de l'air et soulevant l'épiderme. De tout cela il doit résulter une irritation et une nutrition anormale du cerveau, du cœur, des poumons, etc., lesquelles, de leur côté, donnent lieu à ce que ces organes prennent part à l'affection et fonctionnent d'une manière morbide. La décomposition du sang dans cette fièvre, a encore pour causes ultérieures la suppression de la sécrétion cutanée et la grande diminution ainsi que le changement qualificatif de la sécrétion urinaire.

Si l'on adopte l'opinion judicieuse de Turck, prouvée par une foule d'expériences (1), que ces deux sécrétions sont acides ou électro-négatives, tandis que la sécrétion intestinale, excepté la sécrétion acide de l'estomac, sont alcalines ou électro-positives, on sera encore plus disposé à adhérer à l'opinion que la mixtion du sang est vicieuse dans cette maladie. Je suis, en conséquence, d'avis que la première cause de la maladie en question repose dans la disproportion des électricités de la peau et de la muqueuse intestinale, opposées l'une à l'autre d'une manière polaire.

(1) *Traité de la goutte et des maladies goutteuses.*

La fièvre nerveuse abdominale ne paraît ordinairement que dans la deuxième moitié de l'été, c'est-à-dire à une époque où il règne presque toujours des diarrhées catarrhales, le choléra, la colite, les fièvres gastriques et les inflammations de l'abdomen. Les boissons et les aliments froids exercent, à cette époque, sur la muqueuse intestinale, pendant que le corps est échauffé, la même impression qu'exerce sur la muqueuse des organes de la respiration, l'air froid de l'hiver. Cela se fait à une époque où, par suite de l'air chaud et sec, l'action, c'est-à-dire le pôle négatif de la peau, est augmentée et où celle-ci élimine du corps, au moyen d'une sueur abondante, ayant une odeur acide très-forte, le même pôle du sang; où d'ailleurs les urines contiennent une grande quantité de sel, bien que leur quantité soit diminuée à cause de la perspiration cutanée abondante; et où enfin les urines prennent part, à l'aide de leur qualité, à l'augmentation de l'électricité négative, tandis que le pôle positif paraît plus repoussé dans la proportion moins abondante de la salive et des mucosités intestinales.

La respiration accélérée qui a lieu à cette occasion et dans tous les cas où la perspiration cutanée est augmentée (n'importe par quelle cause), reçoit l'influence, puisque l'électricité positive agit sur cette fonction d'une manière évidente. Il ne serait pas impossible de s'en faire une idée judicieuse, rien qu'en admettant cela.

La muqueuse électro-positive des organes respiratoires décompose l'air, elle attire le pôle opposé, l'oxygène de l'air, et elle repousse les pôles qui lui sont analogues, l'azote et le gaz carbonique. Elle communique, en conséquence, au sang la polarité électro-magnétique, qui, de son côté, est mise aussi en équilibre, ou plutôt s'use dans les organes auxquels elle est amenée avec le sang artériel. Cette électricité ayant servi à sa destination, le sang, rendu vicieux et possédant moins d'électricité négative et d'acide, est reconduit aux poumons dans le même but. Il est très-vraisemblable que de cette manière il se fait sur la peau et dans les poumons une exhalation opposée, bien que ces deux organes ne servent qu'à une même fonction, celle de la respiration. Les animaux respirant au moyen de branchies, décomposent, de la même manière et dans le même but, l'eau en oxygène et hydrogène ou, du moins, ils séparent l'eau en oxygène et azote. De la même façon que la peau sécrète un acide à cause de son électricité négative, les muqueuses du canal intestinal absorbent également l'acide, à cause de leur électricité positive et repoussent les matières fécales alcalescentes; elles forment ainsi le côté opposé de la peau sous le rapport de leur action. Le supplément de la respiration, qui constitue, dans le sens le plus étendu du mot, la vie, étant un procès de fermentation acide, est retenu dans de certaines limites par l'alcali prédominant dans l'organisme animal; mais lorsque celui-ci meurt, il entre en putréfaction, en fermentation putride, phénomènes qui débutent déjà en quelque sorte dans les degrés plus élevés de la maladie.

Lorsque durant l'été, les excrétions acides du sang par la peau ont eu lieu pendant longtemps, la qualité neutre du sang gagne facilement une certaine alcalescence, c'est-à-dire l'électricité positive prédomine en lui et elle se manifeste dans les muqueuses de l'abdomen, parce que pendant l'été elle influe nécessairement d'une manière morbide sur celui-ci. Il s'en-

suit que le contraire doit en résulter, c'est-à-dire que le pôle positif dans ces membranes doit être augmenté d'une manière extraordinaire, et que celui-ci doit exercer sa force répulsive sur l'électricité analogue, c'est-à-dire sur les parties alcalines du sang; ce qui aura pour suite l'évacuation des matières changées, tant sous le rapport de leur qualité, que sous celui de leur quantité, évacuation qui, de son côté, amènera de nouveau la proportion inverse, savoir, la prépondérance des parties acides dans le sang. Dans ce cas, on pourra attendre ou une tolérance ou une crise favorable, ou, si encore la différence persiste, la décomposition de sang est trop grande pour permettre qu'il y ait encore possibilité de la continuation de la vie et la mort y succède. Nous ferons observer, toutefois, que le choléra-morbus est caractérisé dans la deuxième époque par une fièvre nerveuse, qu'il s'accompagne d'une vraie paralysie de la peau et d'une suppression complète de la sécrétion des reins, pendant qu'existent les évacuations alvines albumineuses les plus abondantes; qu'en outre, le sang évacué durant cette maladie est noir, d'une consistance de goudron, qu'il ne se coagule pas et qu'on trouve dans les cadavres sur la muqueuse intestinale, selon les uns, un exanthème, et selon les autres, un agrandissement des glandes muqueuses, sinon des ulcères, qui, du reste, sans doute, se formeront lorsque la maladie a duré plus longtemps.

Hevens a fondé, sur cette opinion concernant la décomposition du sang et ce défaut de sel dans le sang, son traitement de la fièvre nerveuse, de la fièvre jaune et du choléra-morbus, au moyen du muriate de soude. *Schoenlein* la prend pour base de l'emploi des lavages alcalins dans la miliaire, qui cependant, à notre avis, loin de neutraliser la sécrétion acide par la peau, l'augmentent et l'entretiennent au contraire, ainsi que la tendance à la maladie. La cause de cette décomposition explique suffisamment pourquoi les acides ont toujours joué un si grand rôle dans le traitement des fièvres, c'est qu'ils sont attirés avec avidité par les membranes muqueuses électro-positives. Leurs effets curatifs imparfaits ne paraissent résulter que de ce qu'ils doivent passer d'abord par l'estomac électro-négatif; on doit présumer, en conséquence, que leur emploi sous forme de lavements amènera des effets beaucoup plus favorables. Leurs bons effets ne sont à espérer que là où les transpirations cutanées très-abondantes n'ont pas encore atteint un tel degré, que, par suite de l'alcalescence du sang, le pôle positif dans les membranes muqueuses est tellement augmenté, que les sécrétions des parties positives électriques sont accumulées sur elles au point où les sécrétions acides doivent finir par avoir la prépondérance. On ne peut, en conséquence, employer les acides que comme moyens prophylactiques, et à l'époque des prodrômes ou dans le cas où les crises par la peau et par les reins sont excessives. Les injections d'une faible solution de soude dans les veines des malades, atteints du choléra-morbus, ne sont fondées que sur cette même opinion relative à la décomposition du sang. On n'en saura apprécier la valeur qu'en se pénétrant bien de ce qui a été dit plus haut.

Ce que j'ai avancé explique également les crises par une sueur acide et par des urines acides et salines, et en fait apprécier la valeur.

Si l'on voulait nous objecter que la décomposition du sang est l'effet le plus prochain de la cause de la maladie, que cela n'est pas encore prouvé par

la chimie, on oublierait que la chimie elle-même n'est pas encore parvenue à démontrer une grande différence entre le mucus et le pus, ainsi qu'entre le sang artériel et le sang veineux, sur la différence desquels on a d'ailleurs basé un grand nombre d'opinions physiologiques, bien que les caractères physiques dénotent une différence fort grande entre ces fluides. En effet, la différence du sang enflammé de celui d'un cholérique n'est pas moins grande que celle qui existe entre le sang artériel et le sang veineux.

Il y a aussi bien une fièvre nerveuse sèche, qu'un choléra-morbus sec; mais ces deux cas ne sont pas propres à réfuter l'opinion émise dans ce mémoire; car la décomposition du sang peut survenir par l'augmentation du pôle positif dans la muqueuse des intestins et par la diminution du pôle négatif dans la peau, d'une manière si complète, que la mort s'ensuive instantanément dans ladite maladie. Mais dans ces deux maladies, l'action du cerveau peut être tellement altérée par la même cause, qu'il n'y a plus participation volontaire à l'acte des évacuations alvines. De cela il résulte qu'il survient, dans des cas moins graves, des excrétions involontaires, et dans des cas plus graves, une mort rapide, sans que le canal intestinal, rempli de gaz et de sécrétions albumineuses, ait été vidé. L'énorme distension de la membrane musculaire prend sans doute part à cet état paralytique, d'abord comme conséquence, puis comme cause concomitante. Les évacuations considérables qu'on peut produire au moyen de lavements, prouvent en effet que les intestins sont remplis de semblables sécrétions. Dans ces cas où la mort arrive subitement ou très-rapidement, la puissance qui provoque la maladie (n'importe si cette cause se développe comme cause générale cosmique, tellurique ou miasmatique, ou enfin si elle est le résultat de la contagion), agit sur le sang en le décomposant tout entier, à l'instar de l'étincelle d'une pile galvanique agissant sur l'eau; tandis que dans la fièvre nerveuse, la différence est petite et n'agit pas si violemment, mais plutôt lentement et graduellement, à l'instar d'une goutte d'un acide quelconque dans du lait doux, où se forment, peu à peu, des petits cercles, jusqu'à ce que le liquide tout entier finisse par être décomposé. Le catarrhe gastrique et les diarrhées gastriques, ainsi que toutes les maladies aiguës appartenant à la même classe, fournissent sans doute leur application dans ces différences moins notables. Elles marchent d'une manière franche en croissant jusqu'à ce qu'elles acquièrent les caractères du choléra-morbus, tout en reconnaissant toujours en cette maladie une cause plus éloignée. Les cas de fièvre nerveuse sèche que j'ai eu l'occasion d'observer se terminèrent par la mort vers le septième, neuvième ou onzième jour. Les malades qui en étaient atteints, étaient couchés sur le dos, raides et sans se mouvoir, ayant le regard hagard, les yeux enduits de poussière. La figure était d'un rouge-foncé, sans expression; la bouche ouverte, ils balbutiaient; la langue et les gencives étaient fuligineuses; la respiration courte et ronflante, et le ventre très-météorisé et douloureux. La sueur ruisselait de leur front et de leur poitrine, et il y avait rétention complète des garde-robes, qui ne faisait place à une diarrhée involontaire qu'après l'application de lavements.

On ne rencontre ordinairement qu'à la portion la plus inférieure des intestins grêles les élévations ombiliformes (dont parle *Schoenlein*), ainsi que

les ulcères, qui prennent leur origine, comme on croit, des glandes de Peyer et de Brunner, et qui ne se montrent que rarement au delà de la valvule de Bauhin. Je pense que cela ne dépend que de cette valvule qui retient ici plus longtemps la sécrétion perverse et lui donne occasion d'excorier complétement la membrane muqueuse malade, ce qui paraît vraisemblable si l'on considère que la partie supérieure du canal intestinal a été sans doute celle qui a été affectée la première, et que la douleur ne s'est concentrée à la région du cœcum que dans le courant de la maladie.

Les changements sur la muqueuse intestinale se trouvent également dans les cas de choléra-morbus et de la fièvre nerveuse que je me suis permis de nommer : « *secs.* »

J'avais déjà considéré depuis longtemps de cette manière, la fièvre nerveuse intestinale en la regardant comme un catarrhe de tout le trajet intestinal, disposé de préférence à la formation d'ulcères, et en croyant que le choléra avait le même rapport avec la fièvre nerveuse abdominale que l'*influenza* avec le coryza.

Cette opinion se consolida encore davantage dans l'automne de 1839, où je vis en peu de temps, les uns après les autres, plusieurs cas de la maladie fébrile en question, qui montraient à l'époque la plus grave de la maladie, des *aphthes* sur la langue et dans le pharynx, s'étendant aussi très-probablement jusqu'à l'œsophage, vu la difficulté de la déglutition qui existait. Un homme jeune et vigoureux, tombé malade de cette manière, mourut épuisé par la diarrhée véhémente dans l'époque typhoïque. Je regrette de n'avoir pu faire l'autopsie de ce malade.

Je connaissais depuis longtemps, par expérience, les bons effets de la solution de nitrate d'argent dans l'angine scarlatineuse, et je fus amené à son application, dans cette dernière maladie, par ma propre méditation. Je ne sais maintenant, si les boursouflements de la muqueuse, situés plus profondément, ainsi que les aphthes et les ulcères dans l'œsophage et même dans le canal intestinal, ne seraient pas de même curables, en employant la solution de ce médicament, tant à l'intérieur que sous forme de lavements. Je ne connaissais l'emploi à l'intérieur du nitrate d'argent que dans l'épilepsie et dans des maladies chroniques des nerfs. J'y voyais une raison suffisante et une sûreté, fondée sur l'expérience, pour pouvoir donner le même médicament à l'intérieur. Bien que je fusse convaincu que l'effet topique ne pût avoir lieu que par l'intermédiaire du mouvement péristaltique très-augmenté, je crus néanmoins pouvoir espérer que le bon effet se propagerait de plus en plus loin dans le tissu analogue, en altérant, à mon avis, les rapports électriques. Comme on ne saurait s'imaginer un résultat chimique sans qu'il s'opère un changement d'électricité dans ces agents agissant l'un sur l'autre, de même on doit attribuer sûrement à un agent aussi fort que le nitrate d'argent une force assez grande, pour provoquer des changements d'électricité, dans les corps mis en contact avec lui, lesquels doivent être nécessairement très-considérables, vu les qualités détruisantes de ce médicament. Je me proposai cependant de traiter le cas le plus prochain au moyen du nitrate d'argent.

Un jeune homme vigoureux, âgé de 20 ans m'en offrit l'occasion. C'était dans la deuxième semaine de sa maladie où les selles fréquentes et sangui-

nolentes ainsi que les forces épuisées, la langue sèche, le délire, la surdité, etc., m'engagèrent d'essayer ce médicament. Je prescrivis deux grains de nitrate d'argent fondu dans six onces d'une décoction de racine de salep, à prendre par cuillerée à soupe de deux en deux heures.

Ce mélange ayant été employé, les selles liquides et sanguinolentes cessèrent tout à fait et je vis même le deuxième jour après l'emploi de ce médicament une matière fécale entièrement liée qu'avait rendue le malade. L'amélioration fut extraordinaire, la surdité même avait disparu. Je fis encore prendre trois grains de nitrate d'argent de la même manière par cuillerée à bouche de trois en trois heures.

La convalescence suivit rapidement. Le deuxième cas concerna le garçon d'un tailleur, âgé de 19 ans, qui, à ma première visite, était déjà malade depuis dix jours ayant une diarrhée violente accompagnée des autres symptômes connus. Il prit un mélange de huit grains de sulfate de zinc avec deux scrupules de racine d'ipécacuanha divisé en quatre poudres, à en prendre une de quart d'heure en quart d'heure. Au lieu de provoquer des vomissements ces poudres occasionnèrent douze garde-robes liquides pendant la nuit. Je jugeai le malade perdu, vu son épuisement, et me crus d'autant plus autorisé à essayer le nitrate d'argent. J'en prescrivis trois grains dans une décoction de six onces, à donner par cuillerée à soupe, d'heure en heure. Déjà le lendemain, je reçus du malade, demeurant à une lieue de mon domicile, la nouvelle que la diarrhée avait cessé et que tout allait mieux. La drogue fut alors renouvelée et donnée de trois en trois heures. Après trois jours, on m'avertit que le malade avait de l'appétit, qu'il se sentait assez bien et qu'il désirait voir changer son régime. L'amélioration et la convalescence complète faisaient des progrès rapides. Plus tard j'eus, en plus de vingt cas, le plaisir de voir des effets également bons de l'emploi du nitrate d'argent, bien que je fusse obligé, en plusieurs cas, d'en renouveler la prescription à trois ou quatre reprises et même de l'élever jusqu'à quatre à six grains dans six onces, avant que la diarrhée ne fût combattue ainsi que la douleur et le météorisme du ventre.

Pour éviter la possibilité d'une décomposition, je prescrivis le médicament dissout dans de l'eau distillée sans ajouter aucun autre médicament, et le fis fournir dans une bouteille, enduite de papier noir ou dans une cruche.

Il ne mourut qu'un seul malade traité de cette manière, c'était un garçon âgé de 12 ans. Les selles étaient fort fréquentes, extrêmement fétides et elles survenaient, pour la plupart, involontairement. Le malade ne cessa pas de présager sa mort. Il avait pris dans l'espace de trois à quatre jours, trois grains de nitrate d'argent. Je suis tenté de croire que des doses plus fortes et renouvelées plus fréquemment, eussent pu conserver la vie encore plus longtemps; mais ne débutant que par des expériences avec ce médicament héroïque, je n'osais pas alors agir d'une manière plus énergique.

Dans le but de prévenir par une provocation rapide de la sueur, le procès morbide tout entier, c'est-à-dire de fixer en activant la sécrétion acide de l'estomac ou le pôle négatif, également ce pôle-là dans la peau, je n'ai jamais omis au début de la maladie, de satisfaire à l'indication de l'émétique; si ce médicament n'avait pas jugulé la maladie, j'avais alors tout de

suite recours à l'emploi du nitrate d'argent aussitôt que la diarrhée avait apparu et que les autres symptômes faisaient diagnostiquer la fièvre nerveuse abdominale.

Quoique j'aie maintenant employé le nitrate d'argent fondu et même cristallisé dans les époques les plus différentes de la fièvre nerveuse abdominale, à la dose de six grains dans six onces d'eau distillée, à prendre d'heure en heure et même de demi-heure en demi-heure par cuillerée, et que j'aie fait renouveler ce mélange trois à quatre fois, néanmoins je n'en ai jamais observé les effets accessoires défavorables qui amenèrent M. le conseiller *Ebers* (dont j'ai lu le mémoire sur le typhus abdominal ganglionnaire dans le *Journal hebdomadaire* de *Caspers*, il y a quelques semaines), de ne plus employer à l'intérieur cette substance. *Ebers* en vante d'ailleurs beaucoup l'application sous forme de lavements, surtout au début de la maladie. Par ce mémoire, j'acquis la connaissance agréable des expériences de *Baudin*. Celui-ci a employé le nitrate d'argent à des doses encore plus fortes dans la fièvre nerveuse avec le succès le plus heureux possible.

Appuyé sur les expériences de *Baudin*, d'*Ebers* et de moi-même, je me crois autorisé à prétendre, que le nitrate d'argent agit d'une manière curative dans le cas où la fièvre nerveuse abdominale est fondée sur l'affection de la membrane muqueuse intestinale ou dans le cas où, par suite de l'augmentation morbide de la sécrétion de celle-ci, la mesure nécessaire à la restitution de l'indifférence dans le sang, est tellement surpassée que le malade est ou en danger d'être atteint des plus hauts degrés de la maladie ou même de mourir.

Il développera dans toutes les époques de la maladie le plus sûrement et le plus promptement ses effets salutaires ; au début ou il n'existe qu'un boursouffiement ou une injection de la muqueuse sans sécrétion excessive. Il n'échouera que dans le cas où l'épuisement a déjà lieu, et où la décomposition du sang a atteint un degré tel, que, par suite de celle-ci, il s'est développé déjà une affection, subsistant par elle-même, des organes les plus importants vers lesquels on ne saurait plus produire une crise, c'est-à-dire l'indifférence, bien que la tension morbide de la membrane muqueuse et son excès de sécrétion soient encore aptes à être guéries.

Si cependant, cette fièvre nerveuse est un symptôme essentiel, indépendant de l'affection de la muqueuse intestinale, ou si celle-là n'est qu'un symptôme plus ou moins essentiel, le nitrate d'argent ne sera à regarder que comme une ressource thérapeutique de plus, se montrant salutaire contre la diarrhée et les ulcères.

Je me permets encore de mentionner deux cas que j'avais à traiter dans le mois de mars dernier. L'un de ces cas concernait un homme vigoureux, de 30 ans. Il s'écoula plusieurs jours jusqu'à ce que j'osasse me décider à employer le médicament que je viens de préconiser, puisque la poitrine du malade, qui présentait les symptômes de la fièvre nerveuse abdominale, me parut être de préférence affectée d'une inflammation, ce que j'attribue au vent nord-ouest qui avait régné pendant longtemps. Les évacuations alvines ayant lieu chaque demi-heure, le délire, la langue sèche me semblèrent des motifs assez puissants pour commander impérieusement l'emploi

du nitrate d'argent. La première application de ce médicament diminua tous ces symptômes et sa répétition amena l'époque de la convalescence du malade.

L'autre cas avait lieu chez un garçon âgé de 3 ans, chez lequel il se montra des aphthes à la langue et au pharynx qui furent promptement combattues par l'application à l'extérieur de la solution de nitrate d'argent. Il était impossible d'introduire aucun médicament par la bouche du petit malade, ce qui me détermina à combattre le deuxième grand facteur de la fièvre, à savoir, la suppression totale de la transpiration de la peau au moyen du *lixidium aluminatum Turkii*.

Des lavages faits avec ce médicament furent continués d'heure en heure, pendant plusieurs jours, avec les meilleurs succès, jusqu'à ce que la chaleur et la sécheresse de la peau eussent fait place à une sueur d'une odeur acide. Le petit malade épuisé ne sut plus parler que quinze jours après sa convalescence. Je m'abstins aussi dans ce cas-là, des lavements avec du nitrate d'argent, tant faute d'essais suffisants, que parce que je ne possédais que des seringues d'étain qui agissent d'une manière décomposante sur le nitrate d'argent, enfin, parce que la convalescence faisait des progrès remarquables à l'aide du traitement que j'avais adopté.

Ce que je viens de dire me paraît suffisamment motiver les questions suivantes :

Ne saurait-on pas peut-être combattre le choléra au moyen du nitrate d'argent employé tant par la bouche, que sous forme de lavements, si on provoque en même temps l'action normale de la peau par des lavages avec des médicaments alcalins?

Ne serait-il pas possible de supprimer de cette manière l'augmentation considérable de la sécrétion de la muqueuse du *tractus cibarius?* Ce que j'ai avancé justifierait, me semble-t-il, suffisamment un essai sur le traitement que j'ai proposé, celui du choléra étant encore si obscur et si peu heureux.

Des essais faits avec précaution doivent nous apprendre les effets que produirait, dans ces deux maladies, la potasse caustique introduite par la bouche et par l'anus. Son emploi serait dans tous les cas tout à fait d'accord avec notre opinion théorique, attendu que cette substance, attirée avec avidité par le pôle négatif de la peau, active, selon l'expérience, la sécrétion acide (voir Turk, *Traité de la goutte, etc.*); il est à présumer que dans le sens inverse, ce médicament sera également repoussé de la part des membranes muqueuses du canal intestinal, tendues par l'électricité positive, et que, par conséquent, les parties alcalines du sang seront retenues, ce qui constitue précisément le but du traitement. Dans tous les cas, l'emploi de ce médicament ne pourrait même avoir qu'une influence favorable sur la membrane muqueuse de l'estomac, n'importe s'il en augmentait la condition normale ou négative, ou s'il en diminuait l'action morbide, l'un et l'autre rempliraient le but curatif. Je me réserve de communiquer plus tard le résultat des essais que je ferai à cet égard.

J'avais déjà écrit ce mémoire depuis plusieurs mois, lorsque j'eus le plaisir tout particulier, de lire, dans un des derniers cahiers du journal de Dublin, que M. *Alfred Hudson*, médecin du Naval-Fever-Hospital, vante

le nitrate d'argent dans différentes affections des membranes muqueuses du canal alimentaire, à savoir dans la gastralgie, le pyrosis et la leucorrhée. J'ai également trouvé la confirmation de ses effets favorables dans de telles affections. Selon *Hudson,* M. le docteur *Osborn,* médecin de l'hôpital de Sir P. *Dun,* a déjà, depuis 1831, employé ce médicament avec le plus grand succès en lavements contre la dyssenterie. Il certifie de même que le choléra a été combattu heureusement par le docteur Roler et par lui-même, à l'aide de lavements avec le nitrate d'argent, ce qui élève presque à la certitude mon opinion quant à ses forces médicatrices dans cette maladie terrible.

Experimentum periculosum, judicium difficile (voir *Naumann, Wutzer* et *Kilian* Organ fuer die gesamente Heilkunde. I Band. I Heft. Bonn. 1840. page 83).

R....N.

VARIÉTÉS.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 28 *février* 1842.

(Présidence de M. Vleminckx).

La séance est ouverte à 1 heure.

Sont présents : MM. Baud, Broeckx, Brogniez, Carlier, Craninx, De Hemptinne, De Lavacherie, Fallot, Fossion, François, Frankinet, Froidmond, Gaudy, Gouzée, Graux, Guislain, Hairion, Hensmans, Janssens, Langlet, Lebeau, Lombard, Martens, Michaux, Pasquier, Petry, Philips, Raikem, Seutin, Stas, Tallois, Thiernesse, Verbeeck, Verheyen, Vleminckx, Vottem et Sauveur, secrétaire.

Le secrétaire donne successivement lecture du procès-verbal des séances des 28 décembre et 31 janvier derniers. Ils sont adoptés sans observations.

Communication du Gouvernement.

M. le ministre de l'intérieur demande l'avis de l'Académie sur un rapport par lequel M. le commissaire du service de santé appelle l'attention du gouvernement sur la nécessité de soumettre la vente des substances vénéneuses à des mesures plus sévères que celles que prescrivent les réglements en vigueur. — (Renvoi à la cinquième section).

M. le ministre de l'intérieur prie M. le président de convoquer d'urgence, la Commission chargée de la révision de la législation médicale, et de soumettre à la compagnie les questions suivantes, relatives à des modifications à introduire dans les dispositions des articles 4, 11 et 12 de la loi du 12 mars 1818 et de l'article 50 de la loi sur l'instruction supérieure, du 27 septembre 1835 :

Première question. Conviendrait-il de supprimer les grades spéciaux de docteur en chirurgie et de docteur en accouchements, d'ajouter aux matières de l'examen de docteur en médecine des exercices pratiques sur les opérations chirurgicales et les accouchements, et, enfin, d'accorder aux doc-

teurs en médecine, reçus de cette manière, la faculté d'exercer, à leur choix, cumulativement ou séparément, les trois branches de l'art de guérir, ainsi que cela se pratique en France.

Deuxième question. Y aurait-il avantage à enlever aux Commissions médicales provinciales le droit de conférer des brevets ou diplôme, pour l'exercice d'une branche quelconque de l'art de guérir, et à investir le jury central de cette prérogative?

Dans le cas de l'affirmative, conviendrait-il de créer un titre de maître en pharmacie?

Sur quelles matières roulerait l'examen pour l'obtention des brevets de droguistes?

Quelles épreuves et quels examens exigerait-on des sages-femmes.

(Le rapport de la Commission qui s'est réunie les 17 et 18 février courant, est à l'ordre du jour de la séance).

M. le ministre de l'intérieur transmet :

1° Une ampliation de l'arrêté royal qui approuve les changements demandés aux statuts organiques, un seul excepté, celui en vertu duquel il eût été attaché au bureaux de l'Académie un secrétaire-adjoint. M. le président donne lecture de cet arrêté, ainsi que de la lettre qui l'accompagne. — (Pris pour notification).

2° Quatre requêtes, que des médecins et des pharmaciens des provinces de Liége et du Limbourg ont adressés à la chambre des représentants, au sujet des changements que réclament les lois et arrêtés sur l'exercice de l'art de guérir. — (Renvoi à la Commission chargée de la révision de la législation médicale).

3° Un rapport sur l'ophthalmie d'Égypte, par le docteur Bella, et deux bulletins de l'hôpital du Lazareth d'Alexandrie, transmis au gouvernement par le consul belge résidant dans cette ville. — (Renvoi à la deuxième section).

4° Une requête, par laquelle M. le docteur Talma demande que les dentistes soient exclusivement appelés à préparer et à vendre les dentifrices dont ils peuvent recommander l'emploi. — (Renvoi à la Commission chargée de la révision de la législation médicale).

M. le ministre de l'intérieur informe l'Académie :

1° Que ses membres jouiront, auprès de la bibliothèque de l'État, des avantages qui sont accordés à ceux de l'Académie des sciences en vertu de la décision que ce dernier corps a prise dans sa séance du 24 décembre 1825;

2° Qu'il a demandé à M. le ministre de la justice de faire remettre à la compagnie un exemplaire du *Moniteur Belge*.

Correspondance.

MM. les docteurs Lutens et Langlet remercient l'Académie de l'honneur qu'elle leur a fait, en les admettant au nombre de ses membres-adjoints.

Le conseil d'administration de l'Université libre de Bruxelles, transmet

des exemplaires imprimés d'une de ses délibérations portant création d'une école de pharmacie près la Faculté de médecine de cette Université. L'Académie charge le bureau d'informer ce conseil de l'intérêt qu'elle attache à l'institution dont il lui annonce la formation.

M. le docteur Van Coetsem écrit qu'une indisposition l'empêche d'assister à la séance.

Quatre médecins vétérinaires et un docteur en médecine demandent à être portés sur la liste des candidats pour les places de membres adjoints.

Ouvrages présentés.

L'Académie reçoit :

De la part des docteurs Bladin et Nivet, un exemplaire de leur Traité sur les maladies des femmes. Ces médecins demandent à la compagnie d'examiner cet ouvrage et de leur accorder le titre de membres correspondants, si le rapport qu'ils sollicitent leur est favorable. — (Renvoi à la deuxième section).

De la part de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles, ses Annuaires pour les années 1841 et 1842, et les premiers numéros du tome 9 de ses bulletins;

De la part de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles:

1° Les tomes 1 et 2 de son journal de médecine;

2° Sept premiers volumes de ses Annales. Bruxelles. 1827 à 1840;

3° De l'action des émétiques et des purgatifs sur l'économie animale et de leur emploi dans les maladies, mémoire du docteur Marcq, de Charleroy, couronné au concours de 1827;

4° Compte-rendu des travaux de la Société pour 1826, par le docteur P.-L. Vanderlinden;

5° Compte-rendu des travaux de la Société, par le docteur Marinus. Bruxelles, 1832 ;

6° Du choléra-morbus asiatique, mémoire du docteur van Esschen, couronné par la Société au concours de 1832;

7° Essai théorique et pratique sur les influences que les irritants appliqués à la peau exercent sur les maladies internes, mémoire du docteur Anquetin, de Paris, honoré d'une médaille d'or au concours de 1828;

De la part de M. le professeur Van Mons :

Dissertatio de naturâ contagiorum; auct. E.-C.-C. Van Lennep;

Formulaire du docteur Ferd. Wurzer. Marburg, 1839;

Nieuwe Bijdragen tot de merkwaardige waarnemingen van het diarlijk magnetismus; door B.-J. Meijer. Amsterdam, 1837;

De la part du docteur Lequime :

Archives de la médecine belge (numéro de décembre 1841);

Annales de la médecine belge et étrangère (numéro de décembre de la même année);

De la part du docteur Fleussu :

Un exemplaire de sa Revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires, publiés en 1840 et 1841 ;

De la part du docteur Cunier :

La 4e livraison du tome 6e de ses Annales d'Oculistique, et le premier volume supplémentaire de ce même ouvrage;

De la part de M. le docteur Sovet :

De la compression et de quelques indications thérapeutiques du traitement des affections articulaires chroniques ; aperçu de la constitution médicale du canton de Beauraing, suivi d'un coup-d'œil sur les systèmes médicaux ;

De la part du docteur Guépin :

Notice sur les maladies observées au dispensaire ophthalmique de Nantes;

De la part de M. Goupy de Quabeck :

Traité de l'âge du cheval;

De la part du docteur Sachs, de Berlin :

Deux volumes de sa Revue chirurgicale. Leipzick, 1841.

Ces trois derniers ouvrages ont été remis à l'Académie par le docteur Cunier.

Communications manuscrites.

Observations sur les effets consécutifs ou thérapeutiques de l'eau froide dans les diverses maladies extérieures du cheval, par M. A. Duvieusart, médecin vétérinaire, à Fosses. — (Renvoi à la sixième section).

Mémoire sur la fièvre intermittente, par le docteur Reiss. — (Renvoi à la deuxième section).

Recettes d'une nouvelle pommade de psyllium et de trois préparations ferrugineuses, également nouvelles, par M. Vlobergs, pharmacien, à Schaerbeek. —(Renvoi à la cinquième section).

Remarques au sujet de la réunion immédiate après les amputations, par le docteur Decaisne. (Renvoi à la troisième section).

Extirpation de la glande parotide chez le cheval, par M. Van Haelst, médecin vétérinaire, à Bruges.

De la part de M. le docteur Sovet :

1° De l'action physiologique du seigle ergoté;

2° Modification et substitution de quelques moyens de traitement et de diagnostic ;

3° aperçu de la condition hygiénique des campagnards, et des moyens de l'améliorer.

(Ces trois mémoires sont renvoyés à la deuxième section).

Nouvelle matière cristallisée extraite du syringa vulgaris, par M. Leroy, pharmacien, à Bruxelles. — (Renvoi à la cinquième section).

Rapports.

M. Fallot dépose sur le bureau le rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du mémoire de M. le docteur Van Meerbeck, relatif à l'état de l'enseignement médical à l'Université de Berlin.

Élections.

L'Académie décide, sur la proposition de M Martens, qu'elle s'occupera immédiatement de la nomination aux places de membres-adjoints vacantes dans la cinquième section.

M. Stas, rapporteur de cette section, donne lecture de son rapport. Les candidats présentés sont :

Pour la première place.

MM. Mareska, professeur à l'Université de Gand; Vandenbroeck, professeur à l'école des mines, à Mons ; Georges, professeur à l'Université de Bruxelles.

Pour la deuxième place.

MM. Davreux, pharmacien, à Liége; De Koning, professeur à l'Université de Liége; Rigouts-Verbert, pharmacien, à Anvers.

Pour la troisième place.

MM. Leroy, pharmacien, à Bruxelles; Chandelon, professeur à l'école des mines, à Liége; Domus, pharmacien, à Anvers.

Les listes ayant été unanimement admises au scrutin secret, M. le président annonce que le scrutin est ouvert pour le choix du premier membre.

30 membres prennent part au vote.

Majorité absolue, 16.

M. Mareska obtient 28 voix.

M. Vandenbroeck 2.

M. Mareska ayant réuni la majorité absolue des suffrages, M. le président le proclame membre-adjoint pour la cinquième section.

31 membres sont présents au scrutin ouvert pour la nomination d'un deuxième membre. Majorité absolue, 16.

MM. Davreux obtient 23 voix.
De Koning, 5.
Rigouts-Verbert, 2.
Leroy, 1.

M. Davreux ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre-adjoint de la cinquième section.

Le scrutin pour le choix du troisième membre donne, savoir :

19 voix à M. Chandelon ;

9 voix à M. Leroy, et

3 voix à M. Domus.

31 membres ayant également pris part au vote, la majorité absolue est de 16.

En conséquence, M. le président proclame M. Chandelon membre-adjoint pour la cinquième section.

Discussion.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de la Commission chargée de la révision de la législation médicale.

M. Graux remplace M. Vleminckx au fauteuil de la Présidence.

Le rapport sur les modifications à introduire dans les articles 4, 11 et 12 de la loi du 12 mars 1818, et dans l'article 50 de celle du 27 septembre 1835, ayant été imprimé et distribué, le rapporteur M. Vléminckx, est dispensé d'en donner lecture.

La discussion est ouverte par M. Baud. Les membres qui y prennent successivement part sont : MM. Vleminckx, Fallot, Lombard, Martens, Vottem, Michaux, François et De Lavacherie.

M. le président ayant annoncé qu'il allait lever la séance, M. Fallot obtient la parole pour donner lecture d'une proposition tendant à demander au gouvernement d'étendre la franchise de port accordée à la correspondance de la compagnie, à celle que ses membres doivent journellement échanger entre eux pour l'examen des travaux dont ils sont chargés, correspondance qu'ils ne peuvent tenir aujourd'hui que par l'entremise du bureau.

Cette proposition est prise en considération et adoptée.

M. Verheyen annonce ensuite que la sixième section l'a nommé rapporteur pour l'examen des titres des candidats qui se présentent pour les places de membres-adjoints vacantes dans cette section.

La séance est levée à cinq heures. Elle sera reprise demain à neuf heures du matin.

Séance du 1er mars 1842.

(Présidence de M. Graux, vice-président.)

La séance est ouverte à 9 neuf heures.

Sont présents : MM. Baud, Brogniez, Carlier, Craninx, De Hemptinne, De Lavacherie, Fallot, Fossion, François, Frankinet, Froidmond, Gaudy, Gouzée, Graux, Hairion, Hensmans, Janssens, Langlet, Lebeau, Lombard, Lutens, Martens, Michaux, Pasquier, Pétry, Philips, Raikem, Seutin, Stas, Tallois, Thiernesse, Verheyen, Vleminckx et Sauveur, secrétaire.

Discussion.

L'orde du jour est la continuation de la discussion générale du rapport, relatif aux modifications à apporter aux articles 4, 11 et 12 de la loi du 12 mars 1818, et 50 de la loi du 27 septembre 1815.

La parole est accordée à M. De Lavacherie. Ce membre propose d'adjoindre de nouveaux membres à la Commission, qui a été chargée de l'examen des questions dont M. le ministre de l'intérieure a saisi la compagnie, et de surseoir à toute discussion ultérieure sur ces questions, jusqu'à ce que la Commission, ainsi modifiée, ait fait de nouvelles propositions.

M. Fallot combat cette proposition qui est mise aux voix et rejetée.

L'Académie reprend ensuite la discussion du rapport qui est à l'ordre du jour. MM. Sauveur, Vleminckx, Lebeau, De Lavacherie, Martens, Craninx, Fallot, Seutin et Stas y prennent successivement part.

Après la clôture de la discussion générale, M. le président annonce que plusieurs propositions et amendements ont été déposés sur le bureau.

M. Craninx réclame la priorité pour l'examen des questions suivantes :

1° Permettra-t-on l'exercice simultané des trois principales branches de l'art de guérir ?

2° Convient-il de supprimer les grades spéciaux de docteur en chirurgie et de docteur en accouchement ?

La proposition de M. Lombard est ainsi conçue :

1° On exigera pour le deuxième examen du doctorat en médecine des connaissances chirurgicales et obstétricales plus étendues que celles que prescrivent les règlements actuels ;

2° Les docteurs en médecine auront la faculté d'exercer simultanément les trois branches principales de l'art de guérir, tant dans les communes rurales que dans les villes où il existe des Commissions médicales, provinciales ou locales ;

3° Il sera interdit aux docteurs de préparer et de vendre les médicaments qu'ils prescrivent à leurs malades.

M. Vleminckx propose le système suivant, à l'égard duquel il déclare s'être mis d'accord avec plusieurs membres :

« Les titres de docteur en médecine et en chirurgie seraient conservés.

« Un dernier examen serait ajouté à ceux actuellement exigés pour le doctorat.

« Cet examen porterait sur les opérations chirurgicales et obstétricales.

« Les aspirants tant au titre de docteur en médecine qu'à celui de docteur en chirurgie y seraient également soumis :

« Seulement les épreuves pour les opérations chirurgicales seraient différentes, suivant le titre, soit de docteur en médecine, soit de docteur en chirurgie, que l'aspirant voudrait acquérir.

« Les différentes branches de l'art de guérir, celle de la pharmacie exceptée, pourraient être exercées cumulativement.

Ces diverses propositions sont mises en discussion.

MM. Lombard, Seutin, Fallot, Pasquier, François, Craninx et Froidmont prennent successivement la parole.

Après ce débat, M. Lombard déclare retirer le troisième paragraphe de sa proposition, et consentir à la suppression des mots Commission médicales locales qui se trouvent dans le deuxième.

La proposition de ce membre ainsi amendée, est mise aux voix et rejetée.

M. le président propose ensuite de voter sur le système proposé par M. Vleminckx, en faisant remarquer que l'adoption de cette proposition rendrait sans objet le vote à émettre sur celle de M. Craninx.

Aucun membre ne demandant la parole, le système de M. Vleminckx est mis aux voix et adopté.

M. Vleminckx propose ensuite d'examiner ce qui devra être fait à l'égard des docteurs en médecine qui ne sont point autorisés à exercer la chirurgie et l'art des accouchements. Voici, dit ce membre, comment le rapport de la Commission s'exprime sur ce point :

« Il est bien entendu, néanmoins, que les docteurs en médecine actuellement existants, qui ne seraient point en possession d'autres diplômes, ne pourraient pas, en vertu de la loi nouvelle, se livrer à l'exercice de la chirurgie et des accouchements, et qu'ils n'acquerraient ce doit qu'en subissant, devant le jury, un examen tant sur la médecine opératoire que sur les opérations obstétricales. »

M. De Lavacherie demande que les docteurs en médecine actuellement en exercice, soient appelés à jouir des avantages qui seront accordés à ceux qui seront reçus à l'avenir.

MM. Craninx, Lombard, Vleminckx, Seutin, François et De Lavacherie sont successivement entendus sur cette question.

M. Michaux propose d'ajourner l'examen de la proposition de M. De Lavacherie jusqu'à la révision de la loi sur l'exercice des différentes branches de l'art de guérir.

Après de nouvelles observations présentées par MM. Lombard, Seutin, De Lavacherie, Craninx, Baud et Vleminckx, M. Michaux déclare qu'il retire sa proposition.

M. De Lavacherie propose d'amender la proposition en discussion, de ma-

nière à permettre aux docteurs en médecine actuellement en exercice et résidant dans certaines localités (elles seraient ultérieurement déterminées) à pratiquer simultanément la médecine, la chirurgie et les accouchements.

M. Fallot donne lecture de l'amendement suivant :

« Les docteurs en médecine reçus sous l'empire du règlement du 25 septembre 1816 et de la loi du 27 septembre 1835, et qui sont établis dans des communes rurales, pourront obtenir l'autorisation d'exercer la chirurgie et les accouchements cumulativement avec la médecine interne, sur une déclaration des autorités communales, attestant que depuis un an, ils se livrent à l'exercice de ces deux branches, et sur l'avis conforme du jury d'examen. »

M. Fallot annonce, en terminant, qu'il ne fait cette proposition que pour le cas où celle de la Commission ne serait pas adoptée.

M. le rapporteur demande que la proposition de la Commission soit mise aux voix la première : il est procédé au vote de cette proposition par appel nominal.

24 membres sont présents ; 12 membres adoptent ; 12 membres rejettent.

Le président (M Graux) ayant voté l'adoption et la voix du président étant prépondérante en cas de partage, aux termes des statuts organiques de la compagnie, la proposition de la Commission est adoptée.

La discussion s'ouvre ensuite sur la partie du rapport de la Commission qui concerne les droguistes.

La Commission propose que les droguistes qu'elle considère comme de simples négociants, ne soient pas astreints aux examens qu'ils sont aujourd'hui tenus de subir devant les Commissions médicales provinciales pour pouvoir exercer leur état.

Après quelques observations échangées entre MM. Hensmans, Vleminckx et Stas, la proposition de la Commission est mise aux voix et adoptée.

L'Académie passe à l'examen des propositions de la Commission, relatives aux pharmaciens.

M. Pasquier dépose sur le bureau une proposition tendante à demander au gouvernement la création d'un grade de docteur en pharmacie, indépendamment de celui de pharmacien.

MM. Stas, De Hemptinne, Hensmans, Vleminckx et Pasquier interviennent successivement dans la discussion de cette proposition qui est mise aux voix et adoptée.

M. Stas propose à la compagnie de décider que, pour obtenir le titre de docteur en pharmacie, il faudra, après avoir subi l'examen des pharmaciens, présenter un travail neuf sur les sciences pharmaceutiques, et défendre ce travail devant le jury.

M. Pasquier fait la motion suivante :

« Le titre de docteur en pharmacie ne pourra être accordé qu'aux pharmaciens qui auront soutenu, devant le jury d'examen, une thèse sur un ou plusieurs points de la chimie pharmaceutique, médicale et toxicologique. »

MM. Hensmans, Vleminckx, Pasquier, Stas, De Lavacherie, François, De Hemptinne et Lombard, prennent part à la discussion de cette proposition.

M. Vleminckx présente une proposition ainsi conçue :

« Le titre de docteur en pharmacie sera accordé au docteur en sciences naturelles, qui subira devant le jury un examen spécial sur les sciences pharmaceutiques. »

M. Stas annonce qu'il se ralie à la proposition de M. Pasquier.

La proposion de M. Pasquier est mise aux voix et rejetée. Celle de M. Vleminckx est également mise aux voix et adoptée.

Un membre ayant fait remarquer que l'assemblée ne se trouve plus en nombre, la suite de la délibération est renvoyée à la séance prochaine.

Communications scientifiques.

M. De Lavacherie annonce qu'il s'est, il y a peu de jours, trouvé dans le cas de devoir pratiquer l'œsophagotomie sur une personne qui avait avalé un os en mangeant une soupe préparée avec de la viande de porc. L'os se trouvait arrêté depuis neuf jours dans l'œsophage, sans qu'on eût pu l'extraire ou le faire arriver dans l'estomac.

Des hémorrhagies inquiétantes survenues les septième et huitième jours de l'accident, ont nécessité l'opération, dont le résultat a été et continue à être satisfaisant.

M. De Lavacherie soumettra cette observation à la compagnie, lorsqu'il aura pu la compléter.

Motion d'ordre.

M. Verheyen exprime le désir que l'Académie se livre à l'examen du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine vétérinaire immédiatement après la discussion du rapport dont elle s'est occupée dans les deux dernières séances.

La compagnie décide, sur la proposition de M. Vleminckx, quelle se réunira le 28 mars courant.

La séance est levée à 1 heure trois-quarts.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

Société de médecine d'Anvers.

OBSERVATION

D'ACCOUCHEMENT.

PRÉSENTATION DE LA FACE CONVERTIE EN UNE PRÉSENTATION DU SOMMET DE LA TÊTE.

Par J.-F. MATTHYSSENS.

Le 23 décembre 1841, je fus appelé à huit heures et demie du matin, chez madame Yz... à terme d'une troisième grossesse. Les douleurs de l'enfantement avaient commencé vers les six heures du matin. Par le toucher je reconnus que le col de la matrice était déjà largement dilaté; aussi la poche des eaux ne tarda pas à se rompre. Je constatai immédiatement après, une présentation de la face : le front était dirigé en avant et à gauche, le menton en arrière et à droite; mon doigt introduit dans la bouche de l'enfant y sentit parfaitement les mouvements de la langue. Je fis des efforts pour ramener en avant le menton, mais en vain; cependant les craintes que j'avais conçues un instant sur la terminaison naturelle de l'ac-

couchement, furent bientôt dissipées, lorsque je reconnus que la présentation de la face se convertissait insensiblement en une première présentation du sommet. On sait, en effet, que pour que l'accouchement naturel par la face soit possible et facile, il faut que le menton se dirige en avant afin de pouvoir sortir le premier au-dessous de l'arcade pubienne. Madame Yz... accoucha naturellement vers les onzes heures d'un enfant mâle, vivant et bien portant.

Réflexions. — Cette observation n'est sans doute pas unique dans les Annales de la science; toutefois il me paraît assez utile de la relater, parce qu'on peut en déduire les deux conclusions suivantes, dont la dernière est très-importante sous le point de vue médico-légal.

1° Dans les présentations de la face, où le menton se trouve dirigé en arrière, si l'on ne peut ramener celui-ci en avant, et si ces présentations ne se convertissent pas naturellement en une présentation du sommet, on doit, comme l'ont conseillé quelques auteurs, tâcher de refouler la tête afin de ramener avec la main le vertex au centre du bassin; si cette manœuvre ne réussit pas, on peut employer le levier pour parvenir au même but.

2° La respiration intra-utérine de l'enfant est possible avec la coïncidence d'un accouchement naturel; par conséquent les médecins qui ne croient à la possibilité de cette respiration que lorsque la bouche de l'enfant se présente à l'orifice de la matrice, et qui en même temps regardent l'accouchement par la face comme contre nature, ne pourront plus arguer de ces opinions contre la validité de la respiration intra-utérine dans une accusation d'infanticide.

Anvers, le 27 décembre 1841.

CONTUSION

DU COTÉ GAUCHE DU THORAX ET DE LA RÉGION LOMBAIRE. — PÉRICARDITE AIGUE ET MYÉLITE LÉGÈRE. — ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP. — FRICTIONS MERCURIELLES A HAUTE DOSE. — GUÉRISON.

Par le docteur SOVET, membre correspondant à Beauraing.

Le 28 mars 1841, vers dix heures du soir, le nommé Jacques Cavillau s'étant pris de querelle avec un ou deux individus, reçut dans, une rixe très-acharnée, des coups de pied et de bâton, fut terrassé plusieurs fois et enfin reconduit chez lui, couvert de sang et de contusions; un peu appesanti par

l'ivresse et abasourdi par les coups, il sembla reposer assez bien la nuit, mais il fut pris à son réveil d'agitation dans tous les membres, d'angoisse précordiale, de perte de connaissance momentanée, et ce ne fut que pendant la nuit suivante qu'on me manda près de lui.

J. Cavillau est âgé de 30 à 35 ans, tempérament nerveux sanguin, stature et formes athlétiques; il n'a jamais été malade et n'était atteint ni de rhume ni d'aucune indisposition lors de la rixe. Les principaux coups qu'il avait reçus avaient porté sur la colonne vertébrale, au niveau des trois premières vertèbres lombaires et surtout sur la région précordiale et l'hypochondre droit, la partie inférieure gauche du thorax était tellement sensible que la pression la plus légère excitait des cris aigus et provoquait un trouble général extrêmement pénible. Le poids des couvertures était même insupportable au malade. De temps en temps, les membres et surtout les extrémités inférieures étaient pris de frémissements généraux et de mouvements spasmodiques légers, les pulsations du cœur devenaient tumultueuses et se faisaient sentir jusque dans tout le côté gauche de l'abdomen, les battements du pouls étaient tellement pressés qu'il était impossible de les compter, le malade était saisi d'une frayeur mortelle et perdait complétement connaissance. Le pouls et les battements du cœur devenaient faibles, mais ils étaient toujours imperceptibles, la face n'était pas sensiblement altérée pendant la syncope, la respiration et la sensibilité générale paraissaient seules suspendues. Au bout de 5, 10 ou 20 minutes, la lipothymie cessait, le trouble et le malaise disparaissaient peu à peu; la respiration et la circulation revenaient à leur rythme normal et le malade rassuré reprenait toute sa loquacité et sa bonne humeur. Hors des accès, le pouls était large et régulier, la langue épanouie, humide, la respiration normale, l'intelligence intacte, l'appétit se faisait sentir, les selles et urines étaient régulières. Il n'y avait ni céphalalgie ni aucune douleur, excepté dans les régions susindiquées, mais la moindre émotion, comme le moindre mouvement des membres et surtout du tronc ramenaient les lipothymies coup sur coup. Ni l'auscultation ni la percussion n'était possible à cause de l'excessive sensibilité de la région précordiale.

Déjà on avait fait à cette région une application de sangsues avant mon arrivée. Je pratiquai une saignée que je ne pus rendre assez copieuse à cause d'une syncope qui survint après l'écoulement de huit à dix onces de sang.

Le 30, même état, plus de frisson et chaleur de la peau alternativement; je réitère la saignée et je prescris des applications de sangsues sur la région du cœur et sur celle des trois premières vertèbres lombaires.

Le 1er mars, les douleurs sont beaucoup moindres, les mouvements des membres ont complétement cessé, les urines, les selles ont lieu régulièrement, la région lombaire n'est plus douloureuse; mais les lipothymies se renouvellent avec la même fréquence, le pouls reste tantôt dur, large et assez régulier, tantôt tumultueux et presqu'insensible. La région du cœur conserve encore beaucoup de sensibilité à la pression, le son y est mat dans une étendue plus considérable qu'à l'état normal, la respiration est régulière. Il n'y a point de toux ni d'expectoration. Le diagnostic ne me semble plus douteux; dans le début, l'irritation de la moëlle épinière me paraissait

être le point de départ d'une partie des symptômes ; actuellement la contusion et, par suite, l'irritation du péricarde me semblaient être la source des phénomènes morbides qui persistaient. Je n'hésitai point à pratiquer une troisième saignée et à prescrire une nouvelle application de 15 sangsues sur la région du cœur. Diète absolue, cataplasmes émolients, boissons diurétiques.

Le 3, amélioration notable. Il n'y a pas eu de lipothymies depuis deux jours. Le pouls est souple à 60 pulsations , la respiration continue à être régulière, la matité de la région précordiale paraît un peu moins étendue ; (je l'avais notée avec des lignes à l'encre tracées sur la peau) ; 4 gouttes de teint. alcool. de digitale pourprée, prises toutes les deux heures dans un peu d'eau sucrée, repos, diète, cataplasmes.

Le 4, Cavillau se sentant tout à fait bien et se croyant guéri voulut se lever pendant quelques minutes et se remit au lit aussitôt ; une lipothymie survint et le tint pendant une demi-heure dans un état de mort apparente (du moins à ce qu'on me rapporta). A mon arrivée, le malade avait repris ses sens, mais ses traits étaient altérés, son pouls petit et presque déprimé ; la matité était revenue à sa première limite et pour la première fois, les pulsations du cœur me parurent faibles, éloignées, molles, larges et comme perçues à travers un corps mou. Application d'un large vésicatoire loco dolenti, potion avec la teinture de digitale.

Le 5, je vois le malade avec le docteur Collignon de Rochefort, qui partageant tout à fait ma manière de voir relativement au diagnostic, me conseille de revenir aux émissions sanguines. Nous prescrivons dix-huit sangsues autour de la région précordiale.

Le 6, les lipothymies ne se sont pas reproduites, les régions précordiale et splénique sont encore douloureuses, l'anxiété est extrême, le malade accuse des frissons vagues et des tourments continuels. Il n'a plus de sommeil, la digitale a été continuée, le pouls ne bat que de 60 à 65, mais il a repris de la dureté, mêmes signes à l'auscultation, 16 sangsues sont réappliquées. Une once d'onguent mercuriel double est ensuite employée en frictions ; la plaie du vésicatoire est complétement sèche.

Le 8, statu quo. Une once d'onguent mercuriel sera de nouveau employée.

Deux jours après, la douleur avait complétement cessé et les lipothymies n'étaient pas revenues. On continue les frictions mercurielles.

Le 13, le patient se trouve parfaitement bien. Les battements du pouls sont souples et réguliers, ceux du cœur se perçoivent d'une manière plus franche et plus immédiate. L'appétit est impérieux. — Potages légers.

Le 14, Cavillau s'est levé deux fois sans éprouver de gêne, la matité de la région précordiale est revenue à l'état normal. Il ne reste qu'une faiblesse générale. — Bouillons féculents, laitage.

La convalescence de Cavillau a été franche et rapide et au commencement d'avril il avait repris ses travaux d'agriculture. Depuis cette époque, sa santé n'a plus souffert aucune atteinte.

Cette observation m'a paru intéressante sous plusieurs rapports. D'abord, les cas de péricardite aiguë suivie de guérison sont assez rares dans les annales de la science, et les causes de cette maladie sont le plus souvent ob-

scures et difficiles à préciser; ici une contusion paraît l'avoir déterminée sans aucune prédisposition antérieure et la guérison a été franche et complète; beaucoup de médecins distingués, Corvisart, Reiman, Saxonia, Boisseau, Roche et d'autres regardent la péricardite intense comme mortelle en peu de jours et ce n'est guère que depuis les intéressants travaux de M. Bouillaud sur le rhumatisme aigu que cette manière de voir s'est modifiée relativement aux péricardites rhumatismales. L'observation que je rapporte et celle de M. le docteur Luyckx, insérée dans le *Bulletin médical belge*, (Encyclographie, vol. de janvier 1839), prouvent qu'il doit en être de même quant aux affections inflammatoires franches du même organe.

Dans le traitement, j'ai agi au début par les émissions sanguines, coup sur coup, parce que la force du sujet me le permettait et qu'en général contre un cas aussi grave, cette méthode de traitement me paraît convenir. Mais ni les saignées, ni le vésicatoire n'ont pu amener une résolution complète, et celle-ci me paraît devoir être attribuée aux frictions mercurielles à haute dose que j'ai été amené à prescrire par analogie et en me bâsant sur les succès obtenus par l'illustre Vandenzande dans les inflammations du péritoine, et ce n'est que depuis, qu'en feuilletant les annales de la science, j'ai trouvé un cas de guérison analogue, obtenu, un an et demi auparavant, par M. le docteur Luyckx, à l'aide du traitement mercuriel interne et externe. Je regrette qu'en traitant Cavillau, je n'ai pas fait usage du calomel, peut-être la guérison eût-elle été plus rapide.

SURDITÉ

GUÉRIE PAR LA MÉTHODE ENDERMIQUE.

Par le docteur J.-P. HOEBEKE.

Parmi toutes les incommodités qui peuvent affliger l'homme, la surdité n'est ni la moins désagréable ni la moins pénible. Si dans cette maladie les souffrances sont, la plupart du temps, nulles et ne mettent point la vie en danger, il n'en est pas moins vrai, que ceux qui en sont atteints, préféreraient une maladie plus dangereuse à la privation de ce sens. La multiplicité des causes qui peuvent occasionner la surdité, peut déjà rendre raison des nombreux insuccès que les médecins rencontrent dans le traitement de cette maladie, et le nombre excessif de remèdes infaillibles qui, malgré les titres pompeux dont on les décore, n'ont souvent d'autres résultats que d'alléger la bourse de celui qui les achète, prouve surabondamment que

l'art est trop souvent impuissant pour rétablir ce sens dans son état normal.

L'étude des maladies de l'oreille a toujours été négligée; depuis quelques temps cependant, des médecins distingués se sont plus particulièrement occupés de cette spécialité, et nous le reconnaissons avec plaisir, ils ont fait faire des progrès à cette partie des sciences médicales. Le traité des maladies de l'oreille par M. Guill. Kramer en est une preuve suffisante. Ce ne sont pas seulement des médecins allemands qui se livrent à cette spécialité; la Belgique possède aussi quelques hommes qui dirigent leurs études vers ce point, et le dispensaire consacré au traitement de ce genre de maladies, nous donnera sans doute, par les résultats que le médecin de cet établissement obtiendra, l'occasion de juger d'une manière pratique des progrès que la science a faits et des avantages que la thérapeutique en a retirés.

Quoique ce ne soit pas vers la connaissance des maladies de l'appareil auditif que nos études ont été spécialement dirigées, et que dans cette branche nos connaissances ne soient que très-ordinaires, nous ne pouvons nous empêcher de rendre compte du traitement que nous avons appliqué avec succès, dans un cas de surdité pour lequel nous avons été consulté par Mlle D., âgée de 28 à 30 ans, d'une constitution lymphatique, blonde, ayant de grosses lèvres et présentant au-dessous de l'angle de la mâchoire, du côté droit des cicatrices résultant de la fonte de quelques ganglions cervicaux; toutes les fonctions s'exécutant, du reste, d'une manière normale.

Cette surdité, que la malade disait avoir conservée à la suite d'une maladie grave dont elle avait été atteinte l'année dernière (probablement un typhus) est très-intense. A moins de crier de toutes ses forces contre son oreille, il est impossible de se faire comprendre de la malade qui se plaint particulièrement d'un bruit continuel dans l'appareil auditif, bruit qui varie, ressemblant tantôt à celui de l'eau en ébullition, d'autres fois à celui d'une musique discordante qui se ferait entendre dans le lointain, ou au bruit que ferait un grand nombre de personnes qui parleraient toutes à la fois; cette sensation est portée au point que la malade en éprouve de la céphalalgie; ce bruit et la céphalalgie qui l'accompagne, augmentent encore lorsque la tête repose sur l'oreiller.

En explorant le conduit auditif, nous vîmes qu'il contenait une grande quantité de cerumen, qui, d'après son aspect et sa sécheresse, devait y avoir séjourné longtemps; comme cette accumulation de matière pouvait à elle seule occasionner et la surdité et les autres symptômes dont se plaignait la malade, nous nous occupâmes d'abord de nettoyer le conduit auditif au moyen de la curette, des injections et en y laissant couler quelques gouttes d'huile d'amandes douces, afin de ramollir les matières durcies : la grande sensibilité de la malade nous obligea à employer trois séances pour terminer cette opération.

Après quelques jours de repos et la continuation des injections, la malade se trouvait absolument dans le même état qu'à la première visite; nous procédâmes à une nouvelle exploration, et rien, ni dans le conduit auditif, ni dans l'arrière bouche, ni dans la trompe d'Eustache ne put nous

faire reconnaître la cause de la maladie. Prescription : douze sangsues autour des oreilles, vomi-purgatif, pédiluves, régime approprié ; le traitement fut continué dans ce sens pendant huit jours. N'en ayant obtenu aucun changement, la malade resta trois semaines sans venir nous voir ; au bout de ce temps elle revient toujours dans la même situation. Vu l'insuccès des moyens déjà mis en usage, nous fîmes appliquer un vésicatoire derrière chaque oreille, aussitôt que les ampoules furent formées, elles furent enlevées et on saupoudra chacune des surfaces dénudées avec un demi-grain de sulfate de morphine.

Le lendemain, nous apprîmes avec plaisir que le bruit avait entièrement disparu de l'oreille gauche et que l'ouïe était complétement rétablie de ce côté; du côté droit, le bruit avait seulement diminué; aussi, la malade n'entendait-elle que difficilement de cette oreille ; la céphalalgie avait également cédé.

La malade resta de nouveau huit jours sans revenir, malgré les recommandations qu'on lui avait faites de n'y pas manquer le lendemain ; au bout de ce temps, le bruit existait au même degré dans l'oreille droite, tandis que la gauche était tout à fait à l'état normal. Un nouveau vésicatoire fut encore saupoudré d'un demi-grain de morphine, cette médication eut de nouveau le plus heureux résultat; le lendemain l'ouïe de la malade était rétablie des deux côtés dans toute son intégrité.

Cette observation est un nouvel exemple de l'efficacité de la morphine employée par la méthode endermique contre les névralgies; le résultat heureux que nous obtînmes de ce traitement, nous fit plutôt reconnaître la nature de l'affection que nous avions à combattre que l'ensemble des symptômes que présentait la malade. Si de ce fait on ne peut conclure que les névroses de l'ouïe soient fréquentes, il pourra au moins servir à engager nos collègues à recourir aux moyens qui furent employés dans ce cas, lorsqu'ils seront consultés pour des surdités dont la cause ne leur est pas bien connue ou lorsque l'affection a résisté à tous les autres moyens.

OBSERVATION D'UN CAS DE BRULURE;

Par le docteur J. LEVA.

Le 22 janvier 1842, je fus appelé vers les onze heures du soir, pour donner des soins à une femme qui, quatre heures auparavant, s'était brûlé tout le bras, dans une chute qu'elle fit sur les escaliers d'une cave, en portant une marmite remplie d'eau bouillante; déjà on avait employé une

foule de remèdes vulgaires, recommandés en pareil cas : l'huile, l'eau froide, le savon brun, l'eau de Goulard, etc.; à mon arrivée le bras était plongé dans un vase rempli d'encre noire.

Cette femme était en proie aux douleurs les plus atroces; elle avait froid et tremblait de tous ses membres, quoique placée dans une place où un bon feu, entretenait une chaleur assez prononcée; elle poussait continuellement les gémissements les plus lamentables; le pouls était concentré et très-accéléré; l'encre dans laquelle on avait plongé le bras m'empêcha de distinguer le plus ou moins d'altération dans la couleur de la peau; néanmoins je pus parfaitement distinguer les différentes et nombreuses phlyctènes réparties sur tout le membre.

Mon premier soin fut d'essuyer ce bras aussi bien que possible; ensuite je le couvris d'une couche bien épaisse d'ouate, matière qui comme tout le monde le sait, est un des plus mauvais conducteurs du calorique; cette ouate fut entourée de moyens contentifs, et je fis approcher la malade du feu.

Le froid et le tremblement cessèrent presqu'immédiatement; quant à la douleur du bras, elle avait tellement diminué au bout d'un quart d'heure, que déjà la malade ne s'en occupait plus, mais alors elle se plaignit d'une douleur à la hanche, produite par une contusion, douleur qu'elle n'avait pas encore sentie, à cause de l'acuité de celle du bras. Elle se mit immédiatement au lit, et passa une nuit assez calme; cependant l'extrême douleur de la hanche la réveilla à différentes reprises.

Le 23, la douleur de la hanche, quoique moins forte que la veille, l'est pourtant plus que celle du bras où la malade ressent à peine quelques légers picottements. L'appareil est resté en place, on n'y fait aucun changement.

Le 24, le bras est plus douloureux que la veille, parfois les douleurs deviennent lancinantes; l'ouate est pénétrée en différents endroits par une sérosité jaunâtre; il s'en exhale une odeur fade et nauséabonde; je fais humecter tout l'appareil avec du chlorure de chaux liquide (chlor. de chaux une once, eau comm. deux livres, mêlez).

Le 25, l'ouate est enlevée, l'épiderme y est attaché et s'enlève également dans la majeure partie de l'étendue du membre, mais déjà le derme est recouvert d'une pellicule, et la brûlure est entièrement guérie, excepté à la partie interne du coude, où deux eschares blanches et superficielles, d'une étendue d'un à deux francs, démontrent que là le calorique a agi avec plus d'intensité.

Les eschares sont recouvertes de linges enduits de cérat de Galien et d'une compresse imbibée de chlorure de chaux; une suppuration ne tarde pas à amener leur chute et le 2 février il n'y a plus qu'une petite plaie, entièrement recouverte de bourgeons charnus.

Si parmi les nombreux cas de brûlure que j'ai rencontrés dans ma pratique, je cite celui-ci de préférence à beaucoup d'autres, malgré son peu de gravité, c'est qu'il démontre l'efficacité de la chaleur et des mauvais conducteur du calorique employés dans les premiers temps de la maladie, l'influence de cette médication s'étant manifestée presqu'instantanément.

Ayant fait connaître ailleurs les motifs qui me portent à préférer cette

médication à toute autre dans les premiers moments de la brûlure, je ne parlerai que de ceux qui m'ont déterminé à avoir recours au chlorure de chaux dans le traitement subséquent de cette maladie.

Ainsi qu'on a pu le voir dans l'observation qui précède, ce n'est que lorsque l'appareil commença à exhaler une mauvaise odeur que je le fis humecter de chlorure de chaux liquide et la malade avoua qu'au contact de cette liqueur elle ressentit un sentiment de bien-être, qui contribua beaucoup à diminuer les picottements dont elle se plaignait auparavant.

L'action bienfaisante du chlorure d'oxyde de calcium employé en lotions dans le traitement de la brûlure est un fait aujourd'hui incontestable; il est peu de praticiens qui n'aient été à même d'en constater l'utilité; mais plusieurs varient, quant à l'opportunité de son application, ainsi que sur le mode d'action qu'on peut lui attribuer.

Ceux qui ne voient dans ce remède qu'un agent doué uniquement de propriétés astringentes, l'emploient dans le but de prévenir ou de réprimer la réaction inflammatoire, et le prescrivent le plus souvent dès le début même de la maladie.

Que le chlorure de chaux soit doué de propriétés astringentes, cela me paraît incontestable; cette propriété il doit la posséder à un degré aussi élevé et même plus élevé que l'eau de chaux, à laquelle de tout temps on a reconnu une propriété analogue; toutefois ce n'est pas là un motif de l'employer dès le début du mal, car alors la principale indication à remplir n'est pas toujours celle de prévenir l'inflammation; mais au contraire celle de prévenir la mortification des parties dans lesquelles l'action du calorique a momentanément suspendu la vitalité (1).

Ceux au contraire qui ne voient dans ce remède qu'un agent désinfectant, ne l'emploient que lorsque l'endroit malade commence à exhaler une odeur fétide, et dans l'observation que j'ai relatée, son emploi fut immédiatement suivi de la disparition de la mauvaise odeur qui s'exhalait de la partie brûlée. Quant à la réapparition de la douleur, qui coïncidait avec la sécrétion d'une sérosité fétide, elle dépendait autant du contact de cette sérosité avec la partie brûlée, que de la réaction qui s'y était faite; nul doute, selon moi, que ce topique n'ait agi de l'une ou de l'autre manière, d'une part en ôtant à la sérosité sécrétée sa propriété irritante et d'autre part en exerçant sur les tissus enflammés une action astrictive, qui, en modérant l'inflammation, a aussi diminué la douleur.

Le chlorure de chaux liquide joint encore un autre avantage à ceux que nous venons de lui reconnaître : dans quelques endroits de la partie brûlée le coton contracte des adhérences, telles qu'on ne parviendrait à l'en détacher qu'en provoquant des douleurs plus ou moins fortes, et en imbibant ce tissu de chlorure de chaux liquide, on facilite beaucoup l'enlèvement de l'ouate, lorsque par suite de la réaction qui s'est établie à l'endroit brûlé, sa présence est devenue inutile. Mais cette dernière propriété, il la partage avec tout autre liquide.

Anvers, le 5 février 1842.

(1) Voir mon mémoire, *de la Brûlure, etc.* Anvers, 1835.

OBSERVATION D'UNE ASCITE.

OPÉRATION DE LA PARACENTÈSE, SORTIE D'UN LIQUIDE D'UN ASPECT LAITEUX.

Par F.-L. VAN CAMP.

Le nommé Groenewout, peintre en bâtiments, âgé de 59 ans, d'une constitution lymphatique, est atteint depuis longtemps d'une bronchite chronique et d'une hydropisie ascite. En 1793, il eut deux côtes fracturées par suite de coups de bâton. Pendant tout l'intervalle de l'année 1812 à celle de 1816, il eut constamment un œdème aux extrémités inférieures, disparaissant toutefois lentement par la marche et ne l'empêchant nullement de vaquer à ses occupations habituelles. En 1824, il fut atteint d'une pleurésie qui passa à l'état chronique.

La dernière maladie dont il fut atteint et pour laquelle il m'a consulté dès le début, a commencé par une bronchite, pendant le cours de cette maladie, une affection goutteuse se déclara aux pieds; mais au bout de quatre jours, elle se répercuta sur la poitrine. Les moyens révulsifs et dérivatifs que j'ai employés pour rappeler la goutte à son siége primitif furent infructueux, et la bronchite ne tarda pas à passer à l'état chronique. Une expectoration de crachats purulents et contenant des concrétions comme dans la phthisie tuberculeuse, survint et augmenta de jour en jour. La respiration devint difficile et le malade eut souvent des accès d'asthme, surtout pendant les chaleurs de l'été et à l'approche d'un orage. Une hydropisie ascite vint compliquer la bronchite; et quoique dépendante d'un obstacle à la circulation dans les voies pulmonaires, je suis parvenu à la guérir au moyen de diurétiques et de légers drastiques. Néanmoins l'affection de poitrine continuant à faire des progrès, l'ascite se déclara de nouveau, deux mois après sa disparition.

Le malade était en proie à une suffocation imminente, je lui fis, avec l'assistance de mon confrère, M. le docteur Stevens, l'opération de la parencentèse. Cette opération fut répétée une seconde et une troisième fois, et trois jours après cette dernière, le malade succomba.

Remarques. — La quantité du liquide extrait du bas-ventre à chaque opération de parencentèse était d'environ douze à treize litres, et chose remarquable, il avait une couleur en tout semblable à celle du lait. Laissé en repos pendant quelques jours dans un large vase, il s'y est déposé de grands flocons d'une couleur blanche légèrement jaunâtre.

Anvers, le 26 novembre 1841.

ANALYSE

DE LA SÉROSITÉ DONT IL EST FAIT MENTION DANS L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE (1).

Les produits des sécrétions morbides qui ont lieu dans certaines maladies, présentent quelquefois les anomalies les plus singulières, sous le rapport de leurs propriétés tant physiques que chimiques. M. le docteur Van Camp, ayant eu occasion de pratiquer la ponction à un homme atteint d'hydropisie ascite, fut frappé de l'aspect extraordinaire de la sérosité retirée par ce moyen, et présenta à la Société une partie du liquide ainsi qu'un caillot qui s'y était formé spontanément. Chargés d'en faire l'analyse chimique, nous venons vous rendre compte des résultats que nous avons obtenus, en même temps que nous vous soumettons les principaux produits qu'il renfermait.

Caractères du liquide : Opaque, d'une couleur blanche-jaunâtre, moussant par l'agitation et offrant l'aspect et la consistance d'un lait riche en crème. Ce liquide dans lequel nageaient quelques petits flocons exhale une odeur d'œufs pourris, il est d'une pésanteur spécifique de 1,018; il fait légèrement virer au rouge le papier de tournesol; un papier blanc imprégné d'acétate de plomb, suspendu à quelques lignes du liquide, acquiert bientôt une teinte brune-noirâtre; la chaleur, l'alcool, l'acide nitrique, etc., le coagulent abondamment; soumis à la distillation, on ne recueille que de l'eau légèrement hydrosulfurée.

Après plusieurs essais faits pour déterminer la nature des principes dont ce liquide était composé, nous avons procédé de la manière suivante pour les isoler.

Une partie du liquide étendue de deux fois son poids d'eau distillée, fut soumise à l'ébullition dans une capsule de porcelaine; il s'y forma un coagulum blanc, composé d'albumine et de matière grasse; ce coagulum fut lavé avec soin, et l'eau de lavage ajoutée au liquide restant, fut évaporée à siccité : pendant l'évaporation, il se sépara encore une petite quantité d'albumine qui avait échappé à la coagulation. Cette matière, après avoir été lavée, fut ajoutée à celle précédemment séparée.

La liqueur privée par la chaleur de l'acide sulfhydrique qu'elle contenait, répandait pendant l'évaporation une odeur ayant quelque analogie avec celle de l'empois aigri.

Le coagulum convenablement divisé fut traité par l'éther sulfurique, qui en sépara une matière grasse, d'une couleur jaune-blanchâtre, d'une consistance ferme, d'une texture grenue, douée d'une faible odeur de beurre

(1) MM. F. J. Matthyssens, J. Michiels, pharmacien, *commissaires;* J. H. I. Pypers, *rapporteur.*

rance, fusible à 24 degrés du thermomètre de Réaumur, peu soluble dans l'alcool bouillant, qui la laisse déposer par refroidissement sous forme de flocons blancs.

Le liquide évaporé à siccité, fut traité par l'éther sulfurique qui en sépara encore une petite quantité de matière grasse semblable à celle indiquée ci-dessus ; le résidu ayant été traité par l'alcool à 15 degrés, celui-ci a laissé intact une espèce de mucus gris-jaunâtre insoluble dans l'eau, soluble dans ce même liquide aiguisé d'acide nitrite, dont les alcalis la précipitent en petites écailles d'une couleur jaune d'or. La solution acide ne précipite pas par l'acide tannique ; chauffée elle laisse déposer en se concentrant la matière qu'elle tenait en solution sous forme de lamelles jaunes, insolubles dans l'eau.

L'alcool évaporé a laissé un résidu salin que nous avons reconnu être composé de chlorure de sodium et d'un autre sel formé de soude et d'un acide organique que, d'après nos essais, nous considérons comme de l'acide lactique. L'albumine incinérée nous a donné du chlorure de sodium et du carbonate de soude provenant sans doute de la décomposition du lactate de même base indiqué ci-dessus. Le poids de ces sels a été défalqué de celui de l'albumine.

Ainsi le liquide était composé de :

Albumine.	7 38
Matière grasse.	1 75
Mucus.	25
Chlorure de sodium.	65
Lactate de soude.	20
Soufre : des traces / Eau et perte	89 77
	100, 000

Caractères du caillot : Longueur de trois à quatre pouces, d'un blanc sale, d'une apparence fibrineuse, doué d'une légère élasticité, et nageant dans une partie de liquide analogue à celui décrit plus haut. Des essais faits sur quelques débris isolés nous démontrèrent qu'ils étaient de même nature que le liquide au milieu duquel ils s'étaient formés. L'acide chlorhydrique leur communiquait une belle couleur bleue-violette.

Le grand caillot séché entre quelques doubles de papier brouillard, pesait 146 grains (poids médicinal) ; traité par le même procédé (sauf quelques modifications) que celui suivi pour l'analyse du liquide, nous l'avons trouvé composé comme suit :

Eau.	107
Albumine coagulable.	16
Matière grasse.	22, 5
Chlorure de sodium / Lactate de soude / Soufre	, 5
	146

Anvers, le 27 décembre 1841.

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.

COMPTE-RENDU

DE LA

CLINIQUE CHIRURGICALE DU DOCTEUR A. UYTTERHOEVEN,

PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1842;

Par M. ROSSIGNOL, élève interne.

Pendant le premier trimestre de cette année, 141 malades ont été traités dans le service chirurgical de l'Hôpital St-Jean, sur ce nombre, il n'y eut que 33 femmes.

Les accidents graves ont été nombreux et ont fait élever le chiffre de la mortalité jusqu'à 10.

APERÇU DES CAS QUI ONT ÉTÉ TRAITÉS PENDANT LE TRIMESTRE.

Fractures (28).

Du fémur (corps), 3 dont { 2 transversales.
1 oblique.
— (col), 1 intra-capsulaire.
Du tibia, 1 oblique.
Du péroné, 1 transversale.
Des tibia et péroné, { simples et obliques 4.
comminutive, sortie d'esquille 1.
Du radius (extrémité inférieure), 5 dont 4 obliques.
— (partie moyenne) 1 transversale.
Du cubitus, 1 au-dessus de l'apophyse styloïde.
Du crâne (base), 3 dont { 2 du rocher droit.
1 des deux rochers, de la portion écailleuse du temporal et de la petite aîle du sphénoïde.

De la colonne vertébrale, 1 de la deuxième vertèbre cervicale avec déplacement en arrière de sa moitié postérieure. (Symptômes de compression de la moëlle presque nuls ; guérison).

Des côtes, 2 { 1 de la 4e côte.
1 des 7e, 8e, 9e et 10e côtes, emphysème.

Des phalanges, 4 comminutives par écrasement. { 1 des deux mains.
1 de la main droite.
1 de l'indicateur.
1 du pouce.

Luxations (9).

Scapulo-humérale, 4 dont 1 ancienne de 3 mois.
Huméro-cubitale, 1 ancienne de 4 mois, méconnue.
De la clavicule (extrémité externe), 3.
De la colonne cervicale (4e et 5e vertèbre), 1.

Entorses (6).

Du pied 6. { récentes 5.
négligée 1.

Tumeurs blanches (4).

Du genou 3, dont { 1 des parties molles.
2 des parties dures.
Du pied, 1 des parties molles.

Hydrarthroses.

Du genou 1, (vésicatoire très-étendu, guérison prompte).

Ostéites (8).

a). Carie du fémur 1.
— tibia 1.
— métatarse et des phalanges 2.
— des vertèbres 3, dont { 2 du corps.
1 de la superficie.

b). Nécrose du tibia 1.

Périostite.

Du tibia 1.
De l'os iliaque, 1 avec tumeur énorme composée d'un tissu osseux de nouvelle formation et de gélatine.

Dégénérescence. — Ostéo-sarcome.

Du maxillaire inférieur 1.

Contusions (11).

De l'épaule 6, dont 2 ayant produit un commencement d'ankylose.
De la poitrine 1.
De la hanche 2.
De l'avant-bras 1.
Du pied 1.

Phlegmons simples (5).

De la paume de la main 1.
De l'avant-bras 1.
Du bras 1.
Du genou 1.
De la cuisse 1.

Furoncles.

Au pied et aux orteils 1.

Panaris (2).

Du médius 2, dont { 1 avec articulation ouverte (guéri par ankylose).
1 s'étendant à la paume de la main, carie, (guéri par amputation.

Abcès (5).

De la cuisse, 1 variqueux.
Sur différentes parties du corps, 2 par ramollissement d'engorgement tuberculeux.
De l'amygdale, 1, (ponction).
De la glande sub-linguale, 1, (ouvert spontanément).

Érysipèle simple.

De la face 1.

Angioleucite.

Superficielle 1, du pied.
Profonde 2, dont { 1 de la jambe.
1 de la cuisse.

Ophthalmies.

Blennorrhagiques 2.
Conjonctivites simples des deux yeux 2.
— avec kératite superficielle 1, (ulcères nombreux).

Kératites chroniques 2, (épanchement).
Iritis de l'œil gauche 1.
Blépharite glanduleuse 1, des deux yeux.

Hydrophthalmies.

De l'œil gauche 2, { 1 avec ulcère profond.
1 avec tache à la cornée.
Des deux yeux 1.

Ectropion.

Des deux yeux 1, (opéré par excision, guéri sans récidive).

Brûlures (4).

De la cuisse et de la verge 1, aux 3 premiers degrés, (guérison).
De la moitié supérieure du corps 1, aux 5 premiers degrés, (mort).
Des membres supérieurs et inférieurs 1, aux 4 premiers degrés, (mort).
Du dos et du bras droit 1, aux 3 premiers degrés, (guérison).

Plaies (10).

Du nez 1, (coup de sabre).
Du cou 1, séparant complètement l'os hyoïde du cartilage thyroïde et divisant l'épiglotte (coup de rasoir).
Du genou 1, (coup de hache).
Du poignet 1, (coup de couteau).
De la main 1, avec perte de subtances, (chute dans un carreau de vitre).
De la jambe 1, contuse.
De la tête 4, dont { 2 simples (réunion immédiate).
1 à lambeau occupant la moitié du cuir chevelu (deux réunions immédiates).

Ulcères.

De différentes espèces 18.

Fistules (2).

A l'anus 1, (hémorrhoïdes). Opérée par ligature.
Du canal de l'urètre 1, (chute sur le périné), non guérie.

Hernies crurales étranglées (4).

Intestinales 3.
Entéro-épiploïques 1.

Chute du rectum 1.

Paralysie de la vessie 2, (décrépitude).

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Luxation de la 4e sur la 5e vertèbre cervicale.

Le nommé Pardons, âgé de 35 ans, garçon brasseur, très-musclé et d'une stature colossale, fut transporté à l'hôpital St-Jean, le 7 janvier 1842, à sept heures du soir. Occupé avec un autre ouvrier à transporter un tonneau de bière sur les épaules, il fit un faux pas en descendant les escaliers d'une cave, tomba en avant et reçut tout le poids du fardeau sur la partie postérieure du cou et de la tête qui fut violemment fléchie dans l'angle rentrant de l'escalier. A l'instant même, il fut frappé d'hémiplégie, sans perdre connaissance, et ressentit une violente douleur au cou. Un chirurgien de la ville lui fit une saignée et une application de sangsues à l'endroit douloureux et quelques heures après on l'amena à l'hôpital. L'hémiplégie occupait la moitié droite du corps, mais ne s'étendait pas à la face; la tête était déviée à gauche; la partie postérieure du cou très-douloureuse ne supportait pas la moindre pression; la respiration ne paraissait nullement gênée. — Le lendemain la paralysie n'était plus aussi complète : il pouvait exécuter quelques mouvements avec le bras et la sensibilité n'était qu'obtuse, la douleur du cou presque nulle et la tête qui se portait constamment à gauche pouvait être ramenée par le malade sans beaucoup de peine à la ligne médiane. Il y eut cependant rétention d'urine et évacuations alvines involontaires, mais le pouls resta calme et la respiration libre. Dans la nuit la paralysie envahit tout à coup les deux côtés du corps, la respiration s'embarrassa, devint stertoreuse et le malade expira peu de temps après ayant conservé une intelligence saine jusqu'au dernier moment.

Autopsie faite 60 heures après la mort.

A l'extérieur on n'aperçût aucune contusion ni déformation. Le palper à travers l'épaisse couche musculaire et adipeuse du cou ne fit rien sentir d'anormal.

Par la nécroscopie on découvrit successivement l'écartement des surfaces articulaires des 4e et 5e vertèbres cervicales, — la rupture du ligament jaune qui unissait les lames de ces vertèbres, celle du ligament vertébral postérieur et du disque intervertébral; en sorte que ces deux vertèbres n'avaient conservé de leur moyen d'union que le ligament vertébral antérieur et qu'elles pouvaient subir de grands déplacements. Le disque qui unissait les corps de ces deux vertèbres n'était rompu que dans les fibres de sa circonférence seulement, dans le reste de son étendue il était nettement détaché de la 4e vertèbre dont la surface était parfaitement lisse. On ne trouva d'autre fracture que celle du tubercule antérieur de l'apophyse transverse droite de la 5e vertèbre et d'autre trace de contusion que quelques caillots sanguins entre les fibres musculaires avoisinant les apophyses transverses de ces vertèbres et une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire des trous de conjugaison du canal vertébral.

La moëlle épinière n'offrit aucune altération; l'endroit correspondant à

la luxation ne différait aucunement du reste de son étendue; ses enveloppes étaient intactes.

Le cerveau était sain, de même que les autres organes de l'économie.

Écrasement des deux mains.

Devos, Antoine, âgé de 11 ans, d'un tempérament lymphatique, mais d'une bonne constitution, employé dans une fabrique à engager les coupons de drap sous un cylindre armé de globes en fer, eut, le 9 octobre 1841, les deux mains écrasées par cette mécanique. Amené peu de temps après à l'hôpital St-Jean, il se trouvait encore, à son entrée, dans un état de demi-stupeur qui permit l'examen et le pansement de ses deux mains sans lui causer beaucoup de souffrance. Les lésions qu'elles présentèrent, n'étaient pas identiques des deux côtés. Toute la peau des trois quarts inférieurs du métacarpe gauche était enlevée, une partie de l'aponévrose sous-jacente était détruite; toutes les phalanges du même côté étaient dénudées en avant et en arrière, les dernières étaient broyées et la plupart avaient leurs articulations ouvertes. La main droite était moins gravement attaquée; la dénudation commençait en haut suivant une ligne oblique allant du milieu du 5e métacarpien à la dernière phalange de l'indicateur, et s'étendait en avant et en arrière jusqu'à l'extrémité des doigts; les articulations phalangiennes étaient ouvertes, et la plupart des os des phalanges étaient fracturés, en sorte que la main gauche n'avait conservé d'intact que le pouce, la droite, le pouce et les deux premières phalanges de l'indicateur. — C'était bien là un cas d'amputation qui généralement aurait été pratiqué; cependant la chirurgie expectante obtint ici un résultat que le bistouri n'aurait jamais pu produire. Car ce petit malheureux, sorti de l'hôpital le 7 mars 1842, conservant la moitié de toutes les premières phalanges de la main gauche, réunies il est vrai en un seul moignon, mais ce moignon par son peu de longueur, n'était pas d'une grande difformité et comme il jouissait encore d'un mouvement assez étendu, il servait d'opposant au pouce et permettait de saisir la plupart des objets. A la main droite, il possédait la première phalange de l'annulaire et du petit doigt, la première et une partie de la deuxième phalange du médius; ces trois moignons, parfaitement séparés, avaient conservé presque tous leurs mouvements. L'indicateur n'avait perdu que la moitié de sa dernière phalange.

Traitement. — Au début, on se borna à enlever les lambeaux qui pouvaient être excisés sans causer de douleur et l'on appliqua le pansement ordinaire. Pendant trois semaines, la compresse fenêtrée fut laissée en place; on renouvela seulement la charpie à mesure que la suppuration l'exigeait et de manière à n'occasionner aucune douleur au malade. Celui-ci présenta, pendant quelques jours, de l'agitation nerveuse et accusa d'assez vives souffrances; mais dès que la suppuration fut bien établie, ces symptômes disparurent et le petit malade reprit toute sa gaieté. Le travail inflammatoire qui s'établit, n'eut rien de trop intense et n'amena qu'un léger gonflement des avant-bras. La suppuration fut abondante et exigea des pansements fréquents; mais autant que possible, on chercha à soustraire

les plaies au contact de l'air en maintenant la première pièce de l'appareil pendant plusieurs pansements successifs. Toutes les phalanges dont les articulations étaient ouvertes, furent éliminées par la suppuration ; celles qui n'étaient que dénudées se couvrirent rapidement de bourgeons charnus, mais l'organisation dermique de ces bourgeons, c'est-à-dire la cicatrisation, fut longue à obtenir. — Aucune complication fâcheuse n'intervint, et la santé du malade fut peu altérée malgré la longueur et l'abondance de la suppuration. Du reste on avait soin d'entretenir ses forces par un régime convenable et à sa sortie de l'hôpital, il jouissait de plus d'embonpoint qu'à son entrée.

Hernie crurale entéro-épiploïque (femme).

Albertine Maco, marchande de légumes, âgée de 41 ans, était affectée depuis quatre ans d'une hernie crurale qui ne s'était jamais reduite complétement et qui augmentait fréquemment de volume malgré l'usage constant d'un brayer. Le 1er avril, cette femme ayant porté des fardeaux plus lourds que de coutume, la hernie doubla de volume et s'étrangla. Les chirurgiens qui furent appelés, essayèrent la réduction sans y parvenir. Pendant les jours suivants, et à plusieurs reprises chaque jour, on renouvela les tentatives de taxis léger aidé de glace sur la tumeur, grand bain, etc., mais sans plus de succès. Le 7 avril seulement, la malade fut transportée à l'hôpital St-Jean. A son entrée, la prostration des forces était très-grande; les vomissements qui n'avaient pas discontinué depuis sept jours, étaient bilieux et fréquents; le ventre, siège depuis la veille de douleurs lancinantes très-vives, était en outre douloureux à la pression; le visage était pâle et anxieux, le pouls petit et très-fréquent, les extrémités presque froides.

On procéda immédiatement à l'opération, pendant laquelle la malade accusa peu de douleur.—La tumeur située à droite était assez volumineuse et la peau qui la recouvrait était saine et mobile. Le sac ouvert, on trouva une anse intestinale enveloppée complétement par une portion d'épiploon. Celui-ci paraissait peu altéré, se laissait déplier et n'avait contracté aucune adhérence avec le sac. En le relevant avec précaution d'arrière en avant, on mit à découvert l'anse intestinale qui était d'un rouge-brun et n'offrait aucun point gangréneux. Le débridement opéré directement en dedans, on reduisit l'intestin; mais l'épiploon offrant des traces de contusion et quelques déchirures de vaisseaux, M. Uytterhoeven crut plus prudent de le laisser dans la plaie. On rapprocha légèrement les lèvres de celle-ci, on pansa à plat; et on fit donner un bouillon et un lavement à la malade.

A partir de ce moment, les vomissements cessèrent et pendant la nuit il y eut plusieurs selles.

Le lendemain, la malade de beaucoup soulagée, accusait encore de la douleur dans l'abdomen dont le météorisme n'était que diminué. Le pouls était relevé, mais restait fréquent. (Sangsues, cataplasmes.)

Le surlendemain, toute douleur avait disparu; il y avait eu un sommeil de quelques heures pendant la nuit et l'appétit se faisait sentir. On leva l'appareil qui était posé depuis 36 heures, et l'on trouva la plus grande partie

de l'épiploon frappée de gangrène. La partie gangrénée fut excisée; on pansa au cérat; mais les jours suivants, on fut obligé de stimuler la plaie avec le digestif.

La santé de cette malade se rétablit assez promptement. Le seizième jour de l'opération, le reste de l'épiploon et le sac se détachaient en une seule masse et la plaie était en bonne voie de cicatrisation. Actuellement cette femme jouit d'une santé parfaite; sa plaie est cicatrisée; et elle n'attend plus pour sortir de l'hôpital que le brayer qu'on lui fait confectionner.

Hernie crurale étranglée.

Le nommé Lombaers, tisserand, âgé de 52 ans, fut opéré à l'hôpital St-Jean, le 6 mars, d'une hernie crurale étranglée depuis deux jours. Cet homme d'une constitution chétive, offrait à son entrée, une dépression des forces considérable; cependant les vomissements étaient bilieux et peu fréquents, et le ventre indolore à la pression. La tumeur située dans l'aine gauche, petite, résistante et parfaitement élastique, était le siége d'une douleur continuelle qui s'irradiait par moment dans tout l'abdomen. A l'opération, on trouva un sac épais contenant une petite anse intestinale d'un rouge-brun, qui ne parut pas plus profondément altérée dans l'endroit soumis à l'anneau que dans sa partie extérieure. L'étranglement portait principalement sur la moitié antérieure de l'anneau et exigea un débridement multiple qui, quoique considérable, admit difficilement la réduction. Quelques heures après l'opération, la circulation intestinale était rétablie à l'aide d'un lavement purgatif, et à partir de ce moment, le malade entra en convalescence.

Le 20 mars, le sac était entièrement expulsé par la suppuration; mais la cicatrisation de la plaie, retardée par l'état oligaimique du sujet, n'était pas encore complète le 1er avril.

Hernie crurale étranglée (guérison).

Marie Hosman, servante, âgée de 40 ans, fut opérée immédiatement après son entrée à l'hôpital, d'une hernie crurale du côté droit, qui était étranglée depuis deux jours. La tumeur herniaire était petite, et les symptômes d'étranglement n'offrirent rien de particulier, si ce n'est leur marche rapide qui aurait rendu funeste tout retard à l'opération.—Le sac très-épais contenait de la sérosité sanguinolente et de la lymphe plastique. L'intestin, d'un rouge-brun, élastique, était recouvert d'une exsudation pseudo-membraneuse qu'on enleva avec soin; quoique enflammée, son altération n'était pas assez considérable pour que le plus sage ne fût pas de le réduire. L'étranglement portait principalement sur le ligament de Gimbernat.

Le lendemain de l'opération, le cours des matières fécales était rétabli. Pendant les trois jours suivants, la malade fut prise d'une diaphorèse abondante et salutaire que l'on se borna à entretenir par des soins hygiéniques. Dès qu'elle fut sortie de cet état, sa santé se rétablit promptement. La suppuration du sac était achevée le douzième jour et la cicatrisation de

la plaie complète le vingtième. Alors la malade, sur le point de sortir, fut prise de rhumatisme articulaire qui la retint à l'hôpital jusqu'au 1er février.

Hernie crurale étranglée.

Catherine Wins, âgée de 76 ans, entra à l'hôpital le 30 janvier à 7 heures du soir, présentant tous les symptômes d'une hernie crurale étranglée. D'après son dire, cette femme n'avait jamais eu de hernie lorsque le 28 janvier à la suite d'un purgatif qui produisit des selles nombreuses et des coliques très-fortes, elle sentit de la douleur dans l'aine gauche et s'aperçut de la présence d'une tumeur. Le lendemain les douleurs ayant augmenté et les vomissements étant survenus elle fit appeler un chirurgien, qui après avoir employé pendant deux heures un taxis qui fut très-douloureux, lui conseilla l'hôpital où elle ne fut transportée que le jour suivant. A son entrée, le ventre était fortement ballonné, mais peu douloureux; les vomissements étaient peu fréquents et de nature bilieuse; la tumeur de l'aine plus petite qu'un œuf de poule était dure, élastique et douloureuse à la pression, la peau qui la recouvrait était mobile et n'avait pas changé de couleur; l'état général de la malade ne présentait rien d'alarmant. (Sangsues sur la tumeur, grand bain, cataplasme, position convenable dans le lit.)

Le 31, n'ayant obtenu aucune amélioration, on procéda à l'opération. Le sac était mince et contenait une petite quantité de sérosité rougeâtre; l'intestin d'un rouge-brun était rénitent et n'offrait aucun point gangréneux; l'étranglement formé par l'anneau crural était tellement étroit que malgré l'incision complète du ligament de Gimbernat, la réduction ne se fit qu'avec difficulté. (Avant de l'effectuer, M. Uytterhoeven, selon son habitude, chercha à ramener sous l'œil pour mieux juger de l'altération, la partie d'intestin en contact avec l'anneau d'une petite portion d'intestin sain; pendant cette manœuvre, il nous fit remarquer que l'une des extrémités de l'anse offrait de la résistance, que par prudence, il devait se contenter de l'examen de l'autre.) On rapprocha légèrement les lèvres de la plaie et on pansa à sec. Au moment du pansement, il s'écoula par la plaie une demi-once environ de sérosité rose. (Lavement purgatif, cataplasme.)

Pendant les deux jours qui suivirent l'opération, l'état de la malade fut beaucoup amélioré; les vomissements cessèrent, le ventre diminua de volume; les douleurs, devenues presque nulles, ne se faisaient plus sentir que près de l'ombilic; mais les lavements ne produisirent que des selles très-peu abondantes.

Le 3, tous les symptômes d'étranglement reparurent. Les vomissements devinrent de nature fécale, les douleurs abdominales très-fortes, le pouls est fréquent, la figure anxieuse. Ces symptômes allèrent en s'aggravant jusqu'au 5 janvier, jour où la malade expira après plusieurs syncopes.

Autopsie faite 48 heures après la mort.

Charpente osseuse assez développée, muscles médiocres, peau plissée ne recouvrant qu'une mince couche de tissu adipeux.

Abdomen.—Péritonite avec épanchement. Les intestins, fortement dilatés par des gaz, étaient réunis les uns aux autres par des pseudo-membranes

jaunâtres ; tous les intestins qui se touchaient étaient ainsi collés et ne formaient qu'une seule masse adhérente aux parois abdominales. On le détachait cependant avec facilité. A l'endroit où l'intestin jéjunum se continue sous le nom d'iléon, se trouvait l'anse intestinale qui avait fait hernie et qui se reconnaissait à une couleur plus foncée occupant une longueur de 5 à 6 pouces. Vers le quart supérieur de cette tache, l'intestin était brusquement rétréci et on sentait à travers ce rétrécissement un corps dur ; au-dessous, l'iléon et le reste de la tache avaient des dimensions égales et à peu près normales, mais inférieures à celles du jéjunum. La section longitudinale de l'intestin montra le rétrécissement complétement obturé par un pépin d'orange revêtu de son épicarpe, et l'endroit rétréci marqué sur les tuniques intestinales par un liseré gangréneux de couleur jaune, d'une ligne de largeur suivant toute la circonférence de l'intestin jusqu'à son bord adhérent. Cet anneau gangréneux, résultat évident de la pression sur l'anneau crural, avait produit la section nette des membranes muqueuse et musculaire dans toute la circonférence de l'intestin, excepté dans l'espace d'une demi-ligne au niveau de son bord adhérent ; les bords de cette section étaient rouges boursoufflés et en voie de réparation ; le péritoine à ce niveau était transparent et aussi résistant que partout ailleurs. L'impression laissée par l'anneau crural sur l'autre extrémité de l'anse herniée ou extrémité anale était à peine appréciable. Dans l'intervalle des deux impressions, l'intestin n'était altéré ni dans sa consistance ni dans sa texture.

Le sac était en pleine suppuration, et son ouverture abdominale rétrécie par des replis du péritoine adhérents entr'eux avait à peine une ligne de diamètre. A droite existait un sac herniaire qui admettait facilement le doigt indicateur.

Hernie crurale étranglée.

Régine Regga, âgée de 65 ans, portait depuis un an dans l'aîne droite une petite tumeur qui ne l'avait jamais incommodée, lorsque le 23 février, en faisant un effort pour soulever un fardeau, cette tumeur augmenta de volume et devint douloureuse. Depuis lors, les selles furent supprimées, le ventre se tuméfia et devint douloureux, et deux jours après apparurent les vomissements qui ne firent qu'augmenter de fréquence jusqu'au 3 mars, jour de son entrée à l'hôpital. Pendant cet espace de huit jours, depuis le début des premiers symptômes, la malade subit à plusieurs reprises le taxis exercé par un chirurgien qu'elle avait fait appeler. A son entrée, la malade très-accablée ne ressentait de fortes douleurs que pendant les efforts des vomissements ; le pouls était petit, faible et fréquent, les extrémités presque froides, la figure anxieuse, le ventre très-ballonné et douloureux, les vomissements peu fréquents, mais les matières vomies, excrémentielles. La tumeur de l'aîne plus grosse qu'un œuf de poule était dure, peu douloureuse, et non élastique. On présuma une hernie entéro-épiploïque ; cependant à l'opération qui fut faite après une application de sangsues et l'administration d'un grand bain, on trouva en effet le sac rempli d'une portion d'épiploon adipeux qui ne formait plus qu'une masse adhérente aux parois par

de fortes brides, mais on chercha vainement l'anse intestinale; après avoir débridé l'anneau crural par une incision sur le ligament de Gimbernat, M. Uytterhoeven nous fit sentir au-dessus un second étranglement plus étroit encore que le premier et produit par le collet du sac. Il fut également débridé; après quoi, une nouvelle inspection de la tumeur épiploïque sous toutes ses faces fut faite jusqu'à l'anneau crural et comme on ne découvrit aucun indice d'intestin et que cette masse était partout dure et sans élasticité, on crut la hernie simplement épiploïque. En conséquence on laissa l'épiploon dans la plaie, on pansa à plat et on fit donner un lavement.

Le lendemain, les symptômes d'étranglement ayant persisté, on leva l'appareil que l'on trouva imbibé de matière fécale. Aussitôt on ouvrit la masse épiploïque et à son centre on découvrit une petite anse intestinale en partie, gangrenée et adhérente à l'épiploon. Un anus contre nature fut établi; mais la malade, déjà trop affaiblie, et de plus, enproie à des symptômes de péritonite, succomba le 11 mars.

A l'autopsie faite 36 *heures après la mort*, on trouva le péritoine, siège d'une inflammation pseudo-membraneuse qui avait déterminé des adhérences assez résistantes des intestins entr'eux; le grand épiploon, très-long et chargé de graisse, descendait jusqu'au dessous de la symphyse du pubis; à droite, il pénétrait dans le canal crural sans exercer de traction sur l'estomac. Au contraire du péritoine qui forme tunique aux intestins, le grand épiploon était peu enflammé et n'avait contracté d'adhérences anormales que dans une petite étendue avec la paroi abdominale située au-devant de l'orifice crural droit et avec le pourtour de cet orifice. Dans la plaie l'épiploon avait en grand partie disparu par la suppuration, ce qui en restait était méconnaissable et ne formait qu'une trace sur la masse avec l'anse intestinale. Celle-ci était retenue dans la plaie par l'épiploon qui, au niveau de l'orifice crural, lui adhérait assez intimement et enveloppait presque toute sa circonférence. L'incision faite pour établir l'anus artificiel occupait l'extrémité inférieure de l'anse intestinale; au-dessus existait une autre ouverture irrégulière, suite d'une perte de substance de l'intestin qui s'étendait jusque près de l'anneau crural. L'intestin hernié appartenait au jéjunum qui dans toute son étendue était enflammé et dilaté. L'iléon et les colons étaient rétressis au point que le petit doigt pouvait à peine pénétrer dans le premier.

HOSPICE

DES

ALIÉNÉS DE L'HOPITAL SAINT-JEAN.

Service de MM. VANCUTSEM et A. UYTTERHOEVEN.

L'hospice ou dépôt des aliénés forme une dépendance de l'hôpital St-Jean, il est destiné à la séquestration provisoire des personnes atteintes de folie. Ces malades n'y séjournent pas longtemps, et ce n'est, pour ainsi dire, qu'un lieu d'attente jusqu'à ce qu'on leur assigne une destination définitive. Pendant tout le temps qu'ils restent au dépôt, les aliénés sont soumis au traitement que réclame leur malheureux état, et rien n'est négligé pour remédier à la subversion de leurs facultés mentales, dans la mesure, bien entendu, des ressources thérapeutiques qu'offre l'établissement. Lorsqu'un aliéné présente des chances d'une prompte guérison, on le garde ordinairement jusqu'à son parfait rétablissement. Ceux dont l'affection est passée à l'état chronique, ou qui sont déclarés incurables, ne tardent pas à être transférés à Gheel, ou dans une maison de santé, s'ils ont de la fortune. Le maximum de malades que l'on peut tenir au dépôt est de 14 à 16; les admissions sont de 120 à 130 par année; il en résulte que l'on doit faire de fréquents envois à Gheel. Il est à remarquer qu'un aussi petit espace ne peut renfermer tous les moyens de traitement que possède la science; cependant malgré l'exiguité des ressources, on verra que le nombre des guérisons obtenues est assez satisfaisant.

Statistique.

Pendant le premier trimestre de 1842, il est entré au dépôt 22 insensés qui peuvent être repartis de la manière suivante :

Manie raisonnante	1
Manies	6
Monomanies	8
Lypémanie	1
Démences	4
Imbécillité	1
Délirium tremens	1

De ce nombre, nous pouvons défalquer, comme n'offrant pas de chance de guérison prompte ou n'en donnant aucune :

4 démens. 1 est encore au dépôt

1 imbécille, transféré dans une maison de force, il est accusé du crime d'incendie.

2 manies chroniques, à la 2e ou 3e récidive : ces malades ont déjà été à Gheel, 1 est encore au dépôt.
1 monomanie avec hallucinations, datant de deux ans, et ayant été traitée sans succès à l'hospice des aliénés de Gand (rapport de la femme). Après trois semaines de séjour au dépôt sans aucune amélioration, il fut transféré dans une maison de santé.
1 halluciné dont l'affection date de 25 ans.
1 erotomanie, transférée dans une maison de santé quelques jours après son entrée.
10

Il est évident que l'on ne pouvait entreprendre ces cures au dépôt, excepté celle du dernier, qui fut repris.

Restent donc 12 aliénés à soumettre au régime moral et physique avec espoir d'un prompt succès.

De ces 12 malades, 9 sont sortis guéris, savoir : lypémanie 1, manies aigues 3, monomanies 4, delirium tremens 1.

Les 3 autres entrés récemment, sont encore en traitement, ce sont : 1 manie (convalescente) ; 1 monomanie ambitieuse, datant d'une année, il y a déjà affaiblissement des facultés intellectuelles, le succès est très-problématique ; 1 démonomanie avec grande exaltation.

4 seulement ont été transférés à Gheel, 3 démences et 1 manie chronique.

Nous ferons remarquer que nous n'osons espérer d'être toujours aussi heureux.

Deux malades s'offrirent à notre observation, présentant ce que, dans les hospices, on appelle *folie raisonnante*, et sur laquelle l'illustre Pinel a particulièrement attiré l'attention des observateurs. Il l'a nommée *manie sans délire ;* elle est marquée, dit-il (1), « par la cohérence la plus extrême des idées et la justesse du jugement ; l'aliéné peut alors lire, écrire et réfléchir, comme s'il jouissait d'une raison saine ; et cependant il est souvent susceptible aussi des actes de la plus grande violence. » Et plus loin (2), « Les hospices des aliénés ne sont jamais sans offrir quelque exemple d'une manie marquée par des actes d'extravagance, ou même de fureur, avec une sorte de jugement conservé dans toute son intégrité, si on en juge par les propos : l'aliéné fait les réponses les plus justes et les plus précises ; on n'aperçoit aucune incohérence dans ses idées, et cependant, par un contraste singulier, il met en pièces ses vêtements, etc., et trouve toujours quelque raison plausible pour justifier ses écarts et ses emportements. »

Fodéré, dans son Traité du délire, a adopté les idées de Pinel, en donnant à cette variété de l'aliénation mentale, le nom de *fureur maniaque.*

Lorsqu'en 1818, le célèbre Esquirol rédigea l'article manie du Dictionnaire des Sciences médicales, il ne pensait pas qu'il existe réellement une manie, dans laquelle les malades qui en sont atteints, conservent l'intégrité de leur raison, tandis qu'ils s'abandonnent aux actions les plus condamna-

(1) *Traité méd. philos. sur l'aliénation,* p. 80, Paris, 1809.
(2) *Idem,* p. 93.

bles. Il repoussait les dénominations de *manie sans délire*, de *folie raisonnante*, de *fureur maniaque*, et prétendait que cette sorte de subversion mentale appartient plutôt à la monomanie ou à la lypémanie, à cette espèce de folie caractérisée par un délire fixe et exclusif, et que les actes de fureur et de destruction auxquels se livrent ces malades, sont toujours le résultat du délire, quelque passager qu'on le suppose. Mais depuis, il est revenu sur ses opinions, il a observé des folies sans délire, et comme il le dit lui-même, il a dû se soumettre à l'autorité des faits. « Il est, dit-il, des monomaniaques qui tuent par une impulsion instinctive. Ces infortunés agissent sans conscience, sans passion, sans délire, sans motifs; ils tuent par un entraînement aveugle, instantané; ils sont dans un accès de monomanie sans délire. »

Dans l'article Monomanie de son bel ouvrage sur les maladies mentales, Esquirol rapporte la *manie raisonnante* des auteurs à la perversion des affections, du caractère, coïncidant avec l'intégrité des facultés intellectuelles, et il donne à cet état le nom de *monomanie affective*.

Tantôt le malade est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne déterminent pas, que la conscience réprouve; les actions sont instinctives, irrésistibles, c'est la *monomanie sans délire* ou la *monomanie instinctive*.

Le docteur Prichard dit (1) que le mot monomanie imposé à la folie morale, à la folie instinctive, sans lésion du raisonnement, ne convient pas, à moins de changer l'acception du mot Manie, qui présente à l'esprit l'idée du désordre intellectuel. Mais, ajoute Esquirol, dans la *folie morale* de cet auteur, dans la *manie raisonnante*, de Pinel, dans la *manie sans délire*, l'intelligence est plus ou moins lésée, elle a perdu son influence sur la volonté, elle n'est plus en harmonie avec les autres facultés, enfin, l'action intellectuelle est suspendue. Dans ces cas il y a rigoureusement lésion de l'entendement, mais cette lésion n'est pas la cause dominante des actions. Cette cause se trouve dans l'exaltation, la perversion des sentiments, passions, penchants, instincts, besoins, appétits, etc. Or, que ce soit une des facultés les plus basses de l'intellect qui ait éprouvé la lésion, ou une de ses facultés supérieures, l'état morbide n'en existe pas moins, on n'a pas moins perdu l'arbitrage intime de ses déterminations, et c'est précisément le degré de liberté des actions, dit la Phrénologie, qui est la mesure de la raison.

La dénomination de *monomanie instinctive*, donnée par Esquirol, aux affections caractérisées par la perversion des instincts, penchants, etc., nous paraît très-juste et rationnelle; mais il ne serait pas hors de propos d'établir une distinction entre l'état morbide caractérisé par la lésion d'un seul penchant, et celui où la généralité serait altérée. Ainsi, nous voudrions appliquer au premier de ces états le nom de *monomanie instinctive*, et au second, celui de *manie instinctive*, qui donnerait à l'esprit l'idée de l'altération et de la généralité des instincts.

Cette distinction existe dans la pratique, les faits suivants en sont la preuve.

(1) Voyez Esquirol, ouv. cité t. 1. 334.

Une mère de famille, âgée de 37 ans, habitant la campagne, d'un tempérament sanguin, à facultés intellectuelles obtuses, éprouve tout à coup, sans cause connue, et sans présenter le moindre trouble des facultés mentales supérieures, un penchant irrésistible au suicide; elle répète continuellement qu'elle veut mourir, qu'elle veut s'étrangler. Elle dit n'éprouver aucune peine, aucun tourment, elle n'a pas la moindre raison pour s'ôter la vie; elle ne parle pas beaucoup, reste tranquille, dort assez bien, n'est pas triste, au contraire, elle raconte souvent en riant ses projets de suicide. c'est la corde qu'elle veut employer, et sa seule occupation consiste à chercher à se procurer des liens. Elle ne cache nullement son dessein; se met les lacets au cou, même en présence du médecin et cela avec la plus grande impassibilité. Entrée au dépôt le 5 mars, le 11 elle ne faisait déjà plus de tentatives de suicide, elle se mit à travailler, et sortit guérie le 21 du même même mois.

Cette femme avait une *monomanie instinctive au suicide* bien évidente.

Dans l'exemple que nous allons rapporter, presque tous les penchants étaient exaltés, pervertis. Le malade jouissait cependant de l'intégrité de ses facultés intellectuelles supérieures, mais elles ne prenaient aucune part à ses déterminations.

M....., homme fort, robuste, âgé de 36 ans, d'un tempérament sanguin, exerçant la profession de passementier, bon mari, père de plusieurs enfants qu'il aime beaucoup, vivant dans l'aisance, a été aliéné il y a environ huit ans. Après un séjour à Gheel de cinq ou six mois, il a recouvré l'intégrité de ses facultés mentales : rentré dans sa famille il s'est toujours comporté sensément, lorsque quelques semaines avant son entrée au dépôt, il commença à négliger sa besogne, bien que son activité fût augmentée; mais il faisait les choses précipitamment, à demi, et dépensait beaucoup de matériaux; ses affections ne changeaient pas, mais il devient prodigue, perd le sommeil, se lève la nuit, se premène d'abord dans sa chambre, puis au dehors. Enfin il ne travaille plus, s'absente une grande partie de la journée et dépense beaucoup d'argent. Conduit au dépôt le 6 janvier, il dissimule à merveille, se montre très-raisonnable, ses propos n'indiquent aucun dérangement intellectuel, il ne commet aucun acte de folie et réclame avec instances son élargissement. Après cinq jours d'observation, on lui accorde la sortie.

Rentré chez lui, il reste environ vingt jours tranquille, mais son travail est négligé, et son sommeil léger. Alors il recommence de plus belle ses courses et ses dépenses, se livre à toute espèce d'actions déraisonnables et contraires aux usages sociaux; il parcourt les marchés, les bazars, les boutiques, achète des objets dont il n'a aucun besoin; ainsi, en passant sur la place, il voit en vente un âne et une charrette, s'empresse d'en faire l'acquisition et donne au marchand le quart du prix convenu; lorsque ce dernier se présente pour lui livrer les objets, M.... se fâche, prétend qu'il l'avait trompé, réclame son argent, et enjoint au vendeur de s'éloigner promptement de sa demeure. Il a acheté des mauvais habits, de vieux manteaux : s'il passait par hasard devant le magasin d'un de ses fournisseurs, il faisait une forte commande d'objets dont il n'use pas habi-

tuellement. Il voit en passant : Bureau de la diligence de Paris : il y entre et paie une place pour partir le soir même. Il porte, dans ses poches du pain, des os qu'il ronge dans la rue en se promenant. Il entre dans un estaminet, commande différentes choses et part avant d'être servi; une autre fois, il paie et sort sans prendre ce qu'il avait demandé. Dans ses courses, il perd ses vêtements; chez lui, il déplace tous les meubles, descend les matelats au rez-de-chaussée, démonte ses métiers, etc., et apporte toujours des raisons plausibles pour motiver ses actions. Il écoute les conseils du médecin avec attention, lui fait les plus belles promesses de se tenir dans sa chambre, d'observer ponctuellement ses prescriptions, et quelques minutes après, il court à toutes jambes dans les rues.

Tout en faisant ses extravagances, il n'a jamais tenu aucun propos qui aurait pu faire supposer le trouble de ses facultés mentales. Si sa femme lui faisait des représentations bienveillantes, si elle lui parlait de ses excentricités, il trouvait adroitement des motifs pour justifier ses actions et niait ce qu'il ne pouvait justifier.

Arrêté par les agents de police, on le trouve parfaitement sain d'esprit et il est mis en liberté après un jour de détention. Arrivé chez lui, il s'empare d'une barre de fer et se met en faction devant sa porte, puis à l'entrée de la rue pour empêcher le passage. La police en est avertie et il est conduit au dépôt le 11 février vers le soir. La nuit, il fit des tentatives d'évasion; il avait atteint la fenêtre de sa loge (cette fenêtre a plus de sept pieds d'élévation), et se tenant à un barreau, il avait déjà ôté quelques briques, lorsque l'arrivée du gardien vint déjouer ses projets. Dès cet instant, il resta calme, tranquille, et ne commit plus d'acte déraisonnable. Cette fois on prend la résolution de prolonger sa séquestration. Au bout de quelques jours, on lui donne de l'ouvrage, car il désire avoir de l'occupation; son métier de passementier est une circonstance favorable; sa femme lui apporte différentes pièces à confectionner, simples d'abord, puis plus compliquées. Il travaille avec goût et ce qu'il entreprend, il le fait bien.

Traitement. Isolément, bains, conseils, exhortations bienveillantes, remontrances, travail, etc.

On lui accorde sa sortie le 25 mars.

Cette observation offre d'abord cette particularité remarquable, que le malade ne commet plus d'acte déraisonnable, dès qu'il est privé de sa liberté, qu'il est sous une dépendance étrangère. La présence d'une personne qui a quelque ascendant sur lui, arrête aussi instantanément ses excentrisités.

Il a la conscience de ses méfaits, puisqu'il cherche à les expliquer favorablement, mais la réflexion ne vient qu'après coup. Aussitôt qu'il est rendu à lui même, il ne sait pas résister à ses penchants, sort sans but, marche à l'aventure, et obéit à la première impulsion, à celle du moment; et cependant l'examen le plus attentif, ne fit reconnaître aucune lésion des hautes facultés intellectuelles, des facultés réfléchies.

Viennent ensuite deux cas de manie aiguë, et un de monomanie dont l'historique n'offre rien de particulier. Ces malades sont sortis guéris.

Monomanie et hallucinations.

M...., Thérèse, dentellière, âgée de 32 ans, d'un tempérament lymphatique, mais fortement constituée, entra au dépôt le 22 janvier 1842. En 1840, cette personne avait fait un vol, pour lequel elle avait été condamnée à un an de réclusion. Au bout de quelque temps de détention, elle devint monomaniaque et elle fut transférée dans une maison d'aliénés pour y rester jusqu'à l'expiration de sa peine..... Lorsqu'elle est arrivée au dépôt elle se tenait continuellement dans la même position, n'osant pas remuer un membre, pas même un doigt; on devait lui donner à manger, car elle ne pouvait, disait-elle soutenir la cuiller, et préférait souffrir de la faim que de faire les mouvements nécessaires à la préhension des aliments. Quand elle faisait un mouvement, elle s'imaginait que ses membres se pulvérisaient et elle prétendait sentir et voir la poussière s'échapper et tomber sur le plancher. Elle contemplait cette affreuse décomposition (selon son expression) avec une épouvante extrême.

Cette infortunée avait été complétement abandonnée, après deux saignées, des applications de sangsues et l'emploi de quelques bains.

A la première visite, on lui parla avec la plus grande bienveillance; on chercha à captiver sa confiance, on la consola, on l'encouragea, on fit renaître son espoir.

Le lendemain, elle nous dit qu'elle avait dormi quelques heures, que depuis dix mois elle n'avait pas eu de nuit aussi calme. On l'engagea à faire quelque pas dans la chambre, elle refusa d'abord, puis essaya en tremblant, mais elle s'enhardit bientôt sous l'influence des consolations les plus encourageantes, et au bout de quelques jours elle se promenait sans la moindre crainte. Eut-elle eu une soif dévorante, elle n'aurait osé prendre le vase qui contenait sa boisson, croyant qu'elle n'aurait pas assez de force, et que ce poids suffisait pour lui arracher les doigts ou la main.

Après de pressantes instances, nous la déterminâmes à faire un essai en notre présence; cela réussit au-déla de ses espérances, ses hallucinations diminuaient d'intensité et de fréquence; son espoir et son courage se fortifiaient chaque jour davantage.

Elle voyait ses compagnes travailler; celles-ci avaient recommandation de l'engager à les imiter, et elle ne manquaient pas de faire valoir les douceurs qu'on leur accordait pour récompense. Elle ne tarda pas à demander elle-même de l'occupation; comme elle connaît très-bien la couture, on lui donna une pièce neuve à confectionner, cela lui fut très-agréable. Dès cet instant on regarda sa guérison comme à peu près certaine. En effet, le travail lui fit oublier ses hallucinations, le calme et le sommeil ne tardèrent pas à revenir, le mieux se consolida et elle fut mise en liberté le 26 février complétement rétablie.

Cet exemple est un beau succès du au traitement moral; il fut facile, nous en convenons, mais il ne prouve pas moins la grande efficacité de ces moyens, et la nullité des agents physiques, dans les aliénations purement morales. Dans l'hospice d'aliénés, où elle a séjourné dix mois, on eut re-

cours aux émissions sanguines ; pourquoi? pour dissiper des erreurs ; et chose qui aura dû paraître étrange , sous leur influence le mal empirait. Au dépôt, on se contenta d'agir sur le moral et en moins d'un mois , une épouse était rendue à son mari, une mère à ses enfants.

Autre cas de monomanie, (influence de l'utérus.)

De tous temps, les médecins ont reconnu l'influence marquée de l'utérus sur l'état moral de la femme ; on a été jusqu'à dire que cet organe est le principal mobile de ses actions. Esquirol a cité des exemples remarquables de cette influence, celui que nous allons rapporter a aussi son côté intéressant.

M..., couturière, âgée de 24 ans, d'un tempérament nerveux sanguin, ayant toujours été très-dévote , gagna tout à coup, dans la rue, et sans cause connue, un accès d'hystérie, suivi de délire ; c'est son premier accès. Elle fut transférée au dépôt le même jour, 15 février ; elle était très-exaltée , parlait continuellement et avec une volubilité extrême ; son délire roulait presque exclusivement sur des idées religieuses.

Dans les premiers temps, elle gagnait plusieurs accès d'hystérie par jour, et il s'ensuivait un redoublement d'exaltation, qui se calmait ensuite peu à peu. Elle était régulièrement menstruée, mais en petite quantité ; le col de l'utérus était chaud, légèrement douloureux, et dans un état de turgescence, d'éréthisme manifeste. Elle ressentait de la chaleur dans l'excavation pelvienne et une sensation plutôt agréable que pénible, mais qu'elle ne pouvait définir.

Traitement. — Applications de sangsues aux lèvres et sur le haut des cuisses, bain tiède prolongé, tous les jours, antispasmodiques à l'intérieur, valériane, opium, eau de laurier-cerise, régime végétal.

Au bout de cinq ou six jours, les accès diminuèrent d'intensité et de fréquence ; elle eut le dernier le quatorzième jour. Mais il lui restait de l'exaltation mystique ; elle consentit à travailler et tout rentra dans l'ordre.

Les parents la réclamèrent le 15 mars. Il eut été convenable de prolonger son séjour au dépôt pour affermir son moral ébranlé, mais il arrive souvent que quand on permet aux convalescents de voir leurs parents, ceux-ci les trouvent raisonnables, exigent leur sortie.

Lypémanie.

M..... Charles Auguste, colporteur, agé de 39 ans, d'un tempérament lymphatique , a toujours été pusillanime et faible de raison. Depuis son mariage, c'est-à-dire depuis six années, sa femme l'accompagnait dans ses pérégrinations ; mais dans ces derniers temps, elle se refusa de partager ses courses, ce qui lui causa un violent chagrin. Ses voyages étaient tristes; l'idée d'être éloigné de l'objet de ses affections, l'occupait sans cesse, et le doute sur sa fidélité mit le comble à sa douleur. Après quelques-uns de ces pénibles voyages, il fit un dernier effort pour déterminer son épouse à le suivre, mais ce fut vainement. Alors il commença à délirer et dans un ac-

cès de désespoir, il se précipita dans le canal (il restait dans le voisinage); retiré par des ouvriers, il fut conduit au dépôt le 13 mars. Le délire continua pendant quelques jours, puis il tomba dans un état de torpeur et d'abattement, sans cesse en proie à la douleur la plus vive, qu'il ne rapporte plus à sa femme, car il en parle avec indifférence; il ne sait à quelle cause attribuer son chagrin, il est triste sans savoir pourquoi. Après dix jours de durée de cet état, on permit à sa femme de lui faire une visite, dans le but de produire une diversion salutaire sur son moral. C'est en effet ce qui arriva et il entra bientôt en convalescence. On ne put l'occuper à autre chose qu'à faire de la charpie. Il sortit guéri le 7 avril.

C'est un des points les plus difficiles de la pratique, que de déterminer l'époque à laquelle la visite des parents peut être utile à l'aliéné; et tous les médecins qui ont observé ces malades, savent qu'une visite prématurée peut causer les plus grands maux. Chez M....., nous avions beaucoup de raisons pour lui procurer une entrevue avec sa femme : il avait déjà manifesté le désir de la voir, il l'aimait beaucoup; sa maladie menaçait de passer à la chronicité, de sorte qu'en agissant ainsi, nous avions tout à gagner.

CATALOGUE ANALYTIQUE

DU CABINET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE FONDÉ A L'HOPITAL SAINT-JEAN, A BRUXELLES.

(Suite, voir cahiers du mois de juillet 1841, page 169, janvier 1842, page 90, février page 166 et mars p. 310).

POLYPES.

N° 117. — *Polypes muqueux et corps fibreux de l'utérus.*

Voir pour l'historique n° 92 bis, t. VII, p. 311.

La malade ne s'était pas plaint du côté des voies génératrices ; ses menstrues s'étaient suspendues depuis l'âge de 52 ans.

(SIMONART.)

N° 124. — *Polypes utérins.*

Recueillis sur une femme d'une quarantaine d'années, qui succomba aux suites d'une affection organique du cœur ; elle était mariée, mère de plusieurs enfants ; le dernier avait 3 ans ; elle s'est toujours accouchée avec la plus grande facilité ; les suites des couches ont été heureuses ; jamais elle n'a présenté de symptômes de maladie utérine quelconque.

(V. POURCELET.)

N° 229. — *Polype fibreux de la matrice.*

Historique. — Dedoncker Marie, âgée de 40 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution détériorée, idiote, entra à l'hôpital St-Jean, le 3 février 1839.

Cette femme, recueillie sur la voie publique, ne put rien nous apprendre sur la cause, ni sur le début de sa maladie, son état d'idiotisme ne le lui permettant pas ; elle souffrait, voilà tout ce qu'elle pouvait nous dire ; mais elle ne se rendait même pas compte de l'endroit d'où partait sa souffrance ; réduit à l'observation des symptômes, voici ce que nous pûmes remarquer : facies rouge, sans aucune expression ; sentiment vague de douleur ; immobilité dans son lit, elle conserve toujours la position qu'on lui donne ; les membres abdominaux sont d'un volume énorme, ils ressemblent assez à ceux que l'on décrit dans l'éléphanthiasis des arabes ; ce volume énorme des membres abdominaux dépend du gonflement et de l'endurcissement du

tissu cellulaire. Sa respiration est un peu gênée, elle ne tousse pas, il n'y a nul symptôme qui ait indiqué l'altération que l'on rencontra à l'autopsie, le pouls est lent, le soir la température de la peau devint plus élevée, ne pouvant reconnaître aucune affection, on n'employa aucun traitement actif, et la malade succomba soudainement le 7 du même mois.

Description de la pièce pathologique. — Cette pièce se compose de l'utérus, d'une portion du vagin et des ovaires.

L'utérus est assez volumineux, sa grosseur peut égaler celle d'un petit poing ; sa coloration est d'un rouge foncé; sa consistance est moindre qu'à l'état normal. Incisée longitudinalement, je rencontrai dans la cavité utérine un polype de nature fibreuse, de la grosseur d'un petit œuf, et d'une forme arrondie; ce polype est recouvert par la muqueuse utérine, qui se prolonge sur sa surface, il est mobile, d'un rouge-foncé, il adhère aux parois de la matrice au moyen d'adhérences filamenteuses plus multipliées en arrière qu'en avant. Du côté gauche du viscère, je rencontrai deux petits polypes intersticiels de la grosseur d'une noisette ; les polypes sont environnés d'une cloison qui m'a parue de nature muqueuse ; ils sont très-adhérents et immobiles. Le col de l'utérus, le vagin, les ovaires ne présentaient aucune altération.

Chez la même personne se renconta à l'autopsie, un épanchement sanguin dans la poitrine, résultant d'un apoplexie pulmonaire. Tous les organes parenchymateux et en particulier le foie et la rate étaient fortement hypérémiés. Dans le crâne se trouvait un épanchement considérable de sérosité et dans la cavité de l'arachnoïde, ainsi qu'une forte injection de cette membrane ; les parties antérieures du cerveau étaient remarquables par leur peu de développement ; la substance cérébrale était ramollie.

(J. Thiry.)

N° 146. — *Polypes muqueux de l'oreille.*

François Blaes, journalier à la grande voirie, âgé de 65 ans, frappé de démence depuis plusieurs années, était presque complétement sourd. Ces polypes extraits de l'oreille droite, par arrachement, l'ouïe devint plus claire. L'oreille gauche en était exempte, mais contenait un tampon très-dur de cérumen. (Simonart.)

PRODUCTIONS ANORMALES.

N° 253. — *Production osseuse à l'avant-bras droit, à la suite d'ostéo-sarcôme et cancer.*

Historique. — Devaugelaer, J.-B^te^, journalier, âgé de 26 ans, fortement constitué, habitant la campagne, reçut un coup de pied de cheval au mois d'août 1838, sur la partie moyenne de l'avant-bras droit; cette partie fut fortement contuse et il survint un gonflement considérable qui ne dis-

parut qu'incomplétement, malgré les traitements les mieux suivis; cependant il continua ses travaux habituels. Au mois d'avril 1839, il reçut un second coup au même endroit qui empira son mal énormément et il ne cessa plus de faire des progrès, c'est ce qui le détermina à entrer à l'hôpital St-Jean le 13 août 1839.

A cette époque, l'avant-bras, partie moyenne, est de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme et présente trois éminences saillantes où la peau menace de se perforer et où l'on sent une fluctuation obscure qui ressemble au déplacement d'une masse gélatineuse.

On plongea une lancette dans la saillie la plus forte, et l'on obtint du sang noir en caillot.

Le 14, une légère compression fit sortir par cette ouverture quelques onces d'un liquide noir, luisant, épais, contenant des morceaux de diverses grosseurs, jusqu'à celle d'une noisette, d'une substance ressemblant à de la graisse fondue. Il survint une hémorrhagie veineuse, qu'une légère compression arrêta. Les jours suivants, on obtint le même liquide en assez grande quantité, et chaque fois il survenait une hémorrhagie veineuse assez forte.

Le 19, il survint un érysipèle qui envahit tout le membre, et détermina des symptômes réactionnaires sur les voies digestives.

Le 23, la partie la plus saillante de la tumeur se sphacèle, suppuration sanieuse et fétide. On décide qu'il faut au plus tôt recourir à l'amputation. Elle fut faite vers le milieu du bras.

Devaugelaer supporta l'opération sans proférer la moindre plainte, il fut pansé deux heures après la ligature des artères. Il resta dans un état de calme toute la journée, transpiration abondante à diverses reprises; pouls très-lent, irrégulier.

Jusqu'au 26, état satisfaisant, pas de réaction, sommeil réparateur et prolongé, suppuration séreuse.

Le 27, on ôte les bandelettes agglutinatives, la plaie est cicatrisée dans toute sa partie profonde, la surface suppurante présente une bonne vitalité.

Le 3 septembre, les ligatures tombent, mais sa santé s'altère, le facies se décompose, pâlit; le pouls s'accélère, l'appétit se perd, la langue blanchit, le ventre se météorise; diète.

Le 4 dans la nuit, frisson, sueur, pouls accéléré, gène de la respiration, toux sèche, avortée, douleur derrière le sternum s'exaspérant par la toux, l'articulation coxo-fémorale est très-douloureuse. Traitement : pansement au styrax, sulfate de quinine à l'intérieur.

Les frissons se renouvellent les jours suivants, la douleur, la dyspnée, l'accélération du pouls augmentent, et il succombe le 8 septembre, à une heure du matin.

Description de la pièce pathologique. — Pour la beauté de la pièce, j'ai conservé la partie amputée en entier : c'est-à-dire la moitié inférieure de l'humérus, le radius, le cubitus et la main.

Vers leur partie moyenne, les deux os de l'avant-bras présentent une altération qui n'est pas bien considérable; elle consiste dans des anfractuosités, des enfoncements à la partie interne du radius et externe du cubitus; du reste, leur forme, leur consistance ne sont nullement altérées.

A la partie dorsale correspondante, existait, dans l'épaisseur des tissus mous, une tumeur très-irrégulière, de la grosseur d'un œuf de poule, de consistance semblable au tissu spongieux des os; et, chose remarquable, elle n'adhérait aucunement aux os, elle leur était simplement contiguë.

Nécroscopie du membre amputé. — Deux tumeurs sous-cutanées existent à la partie postérieure de l'avant-bras, la supérieure entièrement séparée de l'inférieure, contient une matière encéphaloïde abondante et du sang noir en caillots; l'inférieure, entourée d'un kyste très-fort, de la grosseur d'un œuf d'oie, présentant une grande dureté vers le cubitus; son ouverture met à découvert un corps parsemé de points osseux et cartilagineux, sa moitié interne est ossifiée.

Les muscles de la région antibrachiale postérieure sont refoulés en dehors, amincis, atrophiés. Le ligament inter-osseux est conservé.

La troisième tumeur s'est développée antérieurement au ligament inter-osseux; elle est très-étendue et formée aussi par une matière encéphaloïde assez consistante; elle a refoulé en dehors les muscles de la couche profonde, et en dedans et en avant ceux de la région superficielle.

Nécroscopie du sujet. — Moignon. Plusieurs veines sont béantes à la surface suppurante, elles ne sont pas enflammées au-delà d'un demi pouce.

Thorax. Les poumons sont parsemés de dépôts purulents. La membrane interne des veines caves et du cœur droit, présentent des traces manifestes d'inflammation violente, rougeur vive, ramollissement. Elles ne contiennent pas de pus. Le tissu du cœur est aussi ramolli.

Abdomen. Le foie et la rate offrent aussi un grand nombre de foyers purulents. Intestins distendus par des gaz.

L'articulation coxo-fémorale et celle du genou, n'offrent pas d'altération.

(J. Bougard.)

N° 264. — *Dépression déterminée dans le cerveau par une production fibreuse des membranes encéphaliques.*

Trouvée sur le sujet du n° 263, voy. tom. V, p. 182.

Description de la pièce pathologique. — A la partie moyenne de la face postérieure du rocher, les membranes encéphaliques, adhérentes entr'elles et fortement épaissies, présentaient intérieurement, une production fibreuse inégale, irrégulière, bosselée, de la grosseur d'une noisette, exubérence qui avait déterminé une dépression uniforme dans la pulpe cérébrale. La partie du cerveau qui présente cet enfoncement, est conservée dans le même bocal avec la production fibreuse.

(J. Bougard.)

N° 265. — *Productions osseuses autour de l'articulation du fibro-cartilage de la première côte de chaque côté.*

Cette altération fut trouvée sur un phthisique d'environ 40 ans, mort dans les salles de médecine.

Description de la pièce pathologique. — Cette ossification forme une véritable virole aux fibro-cartilages de la première côte droite et gauche. Elles sont conservées avec la partie supérieure du sternum.

Les autres côtes ne présentaient rien de semblable.

(J. Bougard.)

N° 289. — *Corps osseux trouvés dans l'articulation tibio-fémorale.*

Historique. — Dans l'articulation qui fait le sujet de l'observation relatée au n° 288, t. VII, p. 198, se trouvait, à l'endroit correspondant au milieu des condyles du fémur, et sur la surface articulaire du tibia, une petite poche ouverte seulement en arrière, cette poche contenait une production osseuse qui ne s'est manifestée par aucun signe; car cette articulation a toujours joui de la liberté entière de ses mouvements.

Description de la pièce pathologique. — Cette production osseuse est de la grosseur d'un haricot, régulière, un peu plus longue que large, et représentant un carré long, à bords et angles effacés.

(J. Bougard.)

PSEUDO-MEMBRANES.

N° 190 et 190 bis. — *Pseudo-membranes pleurétiques récentes.*

Voir pour l'historique n° 6, tom. V, p. 186.

RACHITISME.

N° 292. — *Bassin vicié; rachitisme.*

Historique. — Debrand Marie, âgée de 71 ans, demeurant rue des Épingles, n° 14, entra à l'hôpital St-Jean le 28 novembre 1840, atteinte de brûlure au second degré aux joues et au front; en travaillant le soir à la chandelle, le feu se communiqua à son bonnet. A l'hôpital on la pansa avec le cérat de saturne; la suppuration fut très-abondante pendant quelque temps, et au moment où elle était presque guérie elle mourut subitement.

Autopsie. — Cancer de l'estomac, rupture de cet organe à l'endroit de l'ulcération; hémorrhagie dans le péritoine et dans l'estomac en même temps.

Remarque. — Elle est née de parents bien portants; elle eut trois sœurs

également bien constituées, mais elle fut en proie au rachitisme. Elle eut trois enfants, qui tous sont morts au passage. Ses accouchements furent très-laborieux, mais naturels.

Description de la pièce pathologique. — Cette pièce comprend le bassin et les membres inférieurs.

Le bassin présente une étroitesse considérable d'avant en arrière; on ne mesure que 2 pouces 7 lignes. Les cavités cotyloïdes sont au niveau du pubis; la hauteur du petit bassin est d'un tiers moindre que dans l'état normal; les membres sont très-courts, arqués; les fémurs présentent un renflement considérable à leurs extrémités inférieures; les tibias et péronés sont aplatis latéralement et forment un arc considérable en avant.

(J. Bougard.)

RAMOLLISSEMENT.

N° 151. — *Ramollissement cérébral.*

Historique. — Marie Depooter, prostituée depuis plusieurs années, âgée de 25 ans, née à Lokeren, chétive, nervoso-lymphatique, atteinte de syphilis constitutionnelle, fut traitée, en 1836 et 37, à l'hôpital St-Pierre, par les iodurés mercuriaux, frictions, bains, etc. Entrée le 11 octobre 1838, à l'hôpital St-Jean, elle nous rapporte, qu'habituellement bien portante, elle est malade depuis six semaines : malaise, céphalalgie, abattement profond, diarrhée, insomnie, brisure des membres. A son entrée : stupeur, prostration, céphalalgie, météorisme du ventre, qui est douloureux à la pression; langue sèche, rouge, pointue; soif, toux fréquente, pouls petit, à 110.

Le 13, délire agité la nuit, réponses justes et lentes, pupilles dilatées, face pâle, stupeur et prostration plus marquées.

Le 14, somnolence.

Le 17, délire nocturne, assoupissement profond, réponses vagues, stupeur profonde, constipation; à la suite de l'application de lavement, pus abondant, très-fétide, rendu avec les selles.

Le 19, délire et assoupissement moins marqués, et réponses incohérentes, les matières s'écoulent continuellement par l'anus.

Le 20, délire nul; amendement momentané, insidieux des symptômes cérébraux.

Le 21, Coma, dilatation des pupilles, tremblement des membres, froid des extrémités.

Le 22, mort après une agonie prolongée.

Nécroscopie. — Crâne épais, dur, à diamètres étroits; méninges vivement injectées; arachnoïde de la base gauche épaisse, dure, opaque, infiltrée de sérosité purulente; ailleurs sérosité limpide, abondante, d'apparence gélatineuse en quelques points.

Sinus, gorgés de sang noir, épais, coagulé en quelques parties.

Cerveau, pointillation vive, ramollissement décrit; injection vive des

plexus choroïdes, sérosité opaline, abondante, dans les ventricules ; — caverne au tiers inférieur du lobe supérieur droit du poumon ; quelques tubercules miliaires crus disséminés dans le même lobe ; induration étroite au lobe supérieur gauche ; injection rouge-brunâtre des bronches ; quelques adhérences pleurétiques anciennes ; arborisations intestinales nombreuses, surtout près de la valvulve iléo-cœcale, où se remarquent un grand nombre d'ulcérations typhoïdes des glandes de Brunner et de Peyer, qui n'existent aucunement dans les gros intestins.

Rectum, contenant du pus mêlé aux matières fécales ; ce pus suinte à travers une fistule située à la paroi postérieure de l'intestin, au niveau de la saillie sacro-vertébrale, fistule qui traverse les trois tuniques intestinales et se termine en cul de sac, à cinq lignes de profondeur, derrière la séreuse. — Perforation recto-vaginale décrite ; noyau osseux dans les ganglions mésentériques qui tous sont engorgés ; kyste de la membrane ovarique, à liquide grumeleux. — Utérus, trompes, à l'état normal.

Description de la pièce pathologique. — A la partie externe du lobe cérébral moyen gauche, au-dessus du niveau de la couche optique, une couche épaisse de 2 pouces au moins, large de 15 lignes, de la substance cérébrale, présente un aspect jaunâtre, légèrement safrané, tombant en deliquium sous la moindre pression ; de consistance crémeuse si on la râcle avec le bistouri ; s'étendant jusqu'à l'arachnoïde de la base, qui est épaissie, opaque ; cette couche est séparée des portions non ramollies par une ligne jaune-foncée, plus ramollie. On ne rencontre dans toute la masse, aucune trace de vaisseau ; elle se plonge en arrière jusqu'aux pédoncules antérieurs dont le gauche est ramolli dans une grande portion de son épaisseur. Il n'a été conservé que la portion inférieure de ce ramollissement ; il a dû être plongé dans une solution saturée de sublimé corrosif et conservé dans l'alcool à 22°. (Simonart.)

N° 165. — *Ramollissement du foie.*

Trouvé sur une vieille femme de 70 ans, qui vint succomber à l'hôpital aux suites d'une apoplexie cérébrale (récidive).

Voir pour l'historique, n° 164, t. VII, pag. 189.

Sans ressentir des douleurs à l'hypochondre droit, depuis la menaupause, la peau avait toujours été colorée en jaune-fauve ; constipation habituelle. (V. Pourcelet.)

REINS.

N° 103. — *Reins ; urétères allongés, portion de poche vésicale.*

Historique. — Françoise Timmermans, cuisinière, âgée de 37 ans, avortée, il y a six ans environs ; depuis lors, elle perdit ses menstrues, ressentit de temps à autre, des douleurs vagues à l'hypogastre, aux lombes

et aux aines. Elle souffrait beaucoup aux approches des hommes; les intervalles de ses douleurs diminuaient de plus en plus; depuis six mois elles sont continuelles, lancinantes; un écoulement blanchâtre, sanieux, se fait par la vulve; il y a tantôt constipation, tantôt diarrhée; des hémorrhagies utérines abondantes se répètent fréquemment.

A son entrée à l'hôpital, dans le courant de juillet 1857, son teint est jaune; la peau terreuse; le pouls accéléré; un écoulement fétide, continuel siège aux parties; signes physiques de l'affection qui la conduit au tombeau vers la fin de septembre 1857.

Description de la pièce pathologique. — Cette pièce représente une portion de la muqueuse vésicale herniée à travers la musculeuse, les reins et l'urétère tel qu'il s'ouvrait dans le cloaque dont l'histoire abrégée se trouve consignée au n° 115. (V. Pourcelet.)

N° 169. — *Reins granuleux.*

Voir pour l'historique, n° 24, t. VII, p. 91. (Simonart.)

N° 170. — *Reins granuleux kystifères.*

Voir pour l'historique, n° 168, t. V, p. 178.

Nécroscopie. — Anasarque très-prononcée, ecchymoses aux jambes et aux cuisses, œdème de la verge.

Diamètres crâniens bien développés, os minces, fragiles. Pas d'altérations aux *méninges*, ni d'hypérémie veineuse, sérosité claire, abondante dans les ventricules.

Véritable état d'induration de l'encéphale, du cerveau surtout. Incrustations chondro-osseuses à l'artère basilaire, et à quelques-unes de ses branches. Hydrothorax abondant des deux côtés; *poumons* sains; hypertrophie excentrique peu vaste, avec induration et décoloration des fibres charnues, au *ventricule gauche* du cœur; léger hydropéricarde; injection et ramollissement de la *muqueuse stomacale*. Injection brunâtre, arborisée, vive, de toute la muqueuse du tube intestinal; à la partie supérieure de l'*iléum*, dans l'étendue de deux pieds, la séreuse offre de l'épaississement, avec rougeur pointillée, très-vive. Pas de lésion au *foie*, vésicule contenant une bile brunâtre, épaisse.

Péritoine, sans autre altération que celle de l'iléum, contient une sérosité citrine, abondante.

Vessie, rétractée, ne contenant pas d'urine. Rien de notable dans l'état du sang.

Rein droit (l'inférieur), diminué de volume, comme condensé, ses substances presqu'homogènes, d'un brun pâle, leur surface extérieure est inégale, légèrement bosselée, couverte de nombreuses granulations, plus ou moins saillantes, aplaties à leur surface, du volume d'une tête d'épingle,

dures et pénétrant plus ou moins dans le parenchyme, à l'intérieur duquel on en voit çà et là une.

Entre ces granulations, et toujours sous la séreuse, un grand nombre de petits kystes, creusés en partie dans le parenchyme, saillant sur le péritoine, où ils ont un aspect brillant, paraissant participer, par leur texture mince et délicate, de la nature des séreuses, contenant une sérosité limpide. Le péritoine rénal est légèrement épaissi, d'un blanc-mat.

Rein gauche, presque du double plus volumineux que celui du côté opposé, présentant, du reste, les mêmes caractères pathologiques que lui, sous le rapport de la consistance, de la coloration, des granulations et des kystes; un de ceux-ci contenait un fluide gélatineux, visqueux, brunâtre, (c'est celui qui flotte vide.) Au milieu du parenchyme rénal, un noyau d'induration fibro-cartilagineux, du volume d'une aveline.

Pas de lésion appréciable aux vaisseaux ni aux urétères.

(Simonart.)

N° 171. — *Énorme cancer du rein gauche; ostéo-sarcôme costal multiple; induration et épaississement pleurétique; tubercules pulmonaires crus.*

Voir pour l'historique, n° 41, t. V, p. 183

Description de la pièce pathologique. — Vaste masse cancéreuse de tout le rein gauche, friable, molle, facile à déchirer, grisâtre, très-pesante, creusée dans quelques points de cavernes éncéphaloïdes; épaississement, induration squirrheuse du péritoine surrénal; pas d'altération appréciable des vaisseaux et nerfs rénaux; adhérences intimes de l'estomac et de la portion supérieure du duodénum, de la rate, de l'aorte abdominale, du colon descendant, du pancréas, du diaphragme.

Au tiers inférieur de la dernière côte gauche, un ostéo-sarcôme costal, avec perte de substance de l'os, sur la 10e côte du même côté, un autre cancer osseux, saillant sous la plèvre costale, de laquelle part une large bandelette celluleuse qui rejoint la plèvre pulmonaire,

Sur la septième côte du même côté, encore une troisième dégénérescence cancéreuse, à kyste plus mince, auquel vient s'implanter en dedans une adhérence pleurétique costo-pulmonaire.

Épaississement et granulations très-durs de la plèvre costale; granulations de la plèvre pulmonaire; tubercules miliaires crus disséminés dans le parenchyme du poumon gauche. Engorgement des ganglions bronchiques.

(Simonart.)

N° 172. — *Rein droit.*

Voir pour l'historique, n° 41, t. V, p. 183.

Description de la pièce pathologique.— Il est plus volumineux qu'à l'état normal, plus compact, moins consistant, décoloré, d'un blanc-

jaunâtre clair, presque homogène; à peine distingue-t-on les trois substances qui composent le parenchyme rénal. (SIMONART.)

N° 173. — *Hypertrophie, ramollissement et décoloration des reins, etc.*

Voir pour l'historique n° 174, t. VII, p. 92.

Description de la pièce pathologique.—Reins, des deux cinquièmes plus volumineux qu'à l'état normal, inégaux, bosselés, mous, décolorés, offrant plusieurs noyaux blanchâtres, comme charnus, de consistance plus molle encore que celle du reste du parenchyme, dont les trois substances sont presque homogènes. (SIMONART.)

N° 310. — *Reins affectés de la maladie dite de Bright.*

L'historique manque.

Description de la pièce pathologique. — Ces reins ont été trouvés sur le sujet du n° 309 : ils ont diminué de volume et de poids; ils ne pesent chacun que trois onces et demie. (HIP. ROSSIGNOL.)

RÉTRÉCISSEMENT.

N° 51. — *Rétrécissement laryngien.*

Voir pour l'historique, n° 127, t. VII, p. 68.

Nécroscopie. — Outre les altérations décrites ci-contre, et aux n°s 38 et 127, plaques laiteuses et granulations miliaires au feuillet cardiaque du péricarde, hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur; amincissement des parois du ventricule droit. Pas d'altération notable à l'estomac, au foie, à la rate, aux reins; quelques ulcérations superficielles aux glandes de Brunner, près de la valvule iléo-cœcale, tant dans l'iléon que dans le gros intestin. Vessie, à l'état normal.

Description de la pièce pathologique. — Cavité du larynx, pouvant à peine admettre le calibre d'un gros tuyau de plume. Un arceau complétement osseux, situé à la partie postérieure du larynx et à sa moitié inférieure, entre les cartilages thyroïdes, le long desquels il s'avance, offrant trois lignes d'épaisseur à sa partie moyenne, allant ensuite en s'amincissant graduellement, forme le rétrécissement; il est dur, poreux, jaunâtre, recouvert à sa partie antérieure par la muqueuse laryngée, en arrière par les muscles postérieurs du larynx, sur les côtés par les cartilages thyroïdes. Enlevé, cet arceau laisse deux cellules béantes, assez larges.

Au-dessous des cordes vocales, quelques végétations assez saillantes, d'un gris-brunâtre, comme charnues; pas d'ulcération. Arborisations brunâtres de la trachée. (SIMONART.)

RUPTURES.

N° 131. — *Rupture de la vessie ; épanchement sanguin sous-muqueux, etc.*

Voir pour l'historique n° 182, t. VII, p. 166.

Nécroscopie. — Outre la contusion violente de tous les viscères (décrite au n° 182), il y avait une fracture d'un des ischions, du corps d'une vertèbre lombaire, de la table interne de deux côtes, hémorrhagie du mésentère, etc.

Description de la pièce pathologique. — Vessie revenue sur elle-même, ratatinée, bosselée extérieurement et intérieurement, pouvant contenir à peine un œuf de pigeon, vide, à parois épaisses de deux lignes ; à sa partie latérale gauche, se trouve une déchirure longitudinale, à bords irréguliers, longue de 9 lignes, communiquant d'un côté avec le tissu cellulaire entéro-pelvien, de l'autre avec le tissu cellulaire recto-vésical et avec la cavité abdominale par une déchirure du péritoine qui existe dans la fosse iliaque droite où on découvre un épanchement de liquide séro-sanguinolent semblable à celui qu'on a extrait par le cathétérisme pendant la vie. Tout ce tissu cellulaire est frappé de gangrène, de même que celui des parois abdominales, par continuité. Les bosselures qu'on remarque sur la paroi interne de la vessie sont produites par des épanchements sanguins sous la muqueuse ; elles varient en grosseur depuis celle d'une aveline jusqu'à celle d'un gros haricot.

N. B. Il y avait en outre péritonite, contusion des viscères, hémorrhagie du mésentère, etc., etc. (V. Pourcelet.)

SACS.

N° 175. — *Vastes sacs herniaires anciens ; hydrocèle bilobulaire.*

Trouvés sur le sujet du n° 41, t. V, p. 183.

Description de la pièce pathologique. — *Sac herniaire,* large, épais, dur, d'un blanc-mat, adhérent intimément aux parties circonvoisines, se prolongeant dans l'abdomen, en se rétrécissant, jusqu'au niveau de l'anneau inguinal interne, où il offre un véritable collet. Sa paroi est couverte en dedans de pseudo-membranes très-minces, transparentes.

Hydrocèle, kyste postérieur et inférieur au précédent qui y adhère ; à paroi épaisse, globuleux, couvert de granulations et de taches jaunâtres, sur lesquels la macération n'a eu aucune action. A sa partie inférieure, le testicule mou, la tunique albuginée très-épaisse. A la partie supérieure de ce kyste, un autre kyste étroit, à parois très-dures.

(Simonart.)

SPLÉNITE.

N° 195. — *Splénite chronique.*

Historique. — Joseph Cornélis, âgé de 30 ans, journalier, sanguin, robuste, fut en proie il y a dix-huit mois, à de violentes douleurs articulaires, qui persistèrent pendant six mois. Depuis, dérangements fréquents des voies digestives, diarrhée abondante; souvent palpitations, toux; fièvre.

Entré le 5 novembre 1838, il offre des symptômes de gastro-colite chronique, hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur; hydropéricarde, hydrothorax, ascite, anasarque. Il succombe dans le marasme le 14 décembre 1838.

Nécroscopie. — Tubercules pulmonaires crus; hydrothorax, vaste hydropéricarde, plaques laiteuses du péricarde; légère hypertrophie du ventricule gauche; ascite; péritonite chronique (brides celluleuses, granulations, épaississement).

Rate, pas d'altération notable aux autres organes.

(Simonart.)

SQUELETTE.

N° 282. — *Squelette artificiel.*

Historique. — Os d'adulte d'environ 30 ans, mort phthisique, préparé par macération prolongée.

Le but de cette préparation est d'avoir tous les os séparés.

(J. Bougard.)

(*La fin à un prochain cahier.*)

MÉMOIRE SUR L'AVORTEMENT;

Par J.-P. HOEBEKE, membre de plusieurs sociétés savantes.

(Suite, voir les cahiers de juillet, p. 201, août, p. 314, décembre, p. 352, année 1841, janvier, p. 102 et mars, p. 324, année 1842.)

Des moyens à employer lorsque l'avortement est inévitable.

Quelque rationnel qu'ait été le traitement employé pendant la grossesse, et dans les premiers temps de l'apparition des divers accidents et complications qui peuvent survenir pendant la gestation, il peut se faire que les efforts de l'accoucheur restent infructueux, que l'état de la femme s'aggrave de plus en plus et compromette son existence.

Si c'est une personne d'un tempérament lymphatique et que malgré l'emploi du régime que j'ai recommandé plus haut pour les personnes de cette constitution, ainsi que les soins hygiéniques que j'ai indiqués comme pouvant leur être utile; si, en outre, on a eu soin d'éloigner toutes les causes tant morales que physiques que j'ai désignées comme pouvant donner lieu à l'expulsion prématurée du fruit de la conception; si aucune hémorrhagie ne se fait par la matrice, et qu'il ne se manifeste pas d'éclampsie ou une autre maladie aiguë; la conduite de l'accoucheur doit être de temporiser, car les douleurs du part augmenteront peu à peu, le col utérin se dilatera, la poche des eaux venant à se rompre, l'enfant sera expulsé comme dans un accouchement à terme, excepté que cet acte se fera avec plus de facilité et ordinairement avec bien moins de douleurs. Si la grossesse est peu avancée la poche amniotique contenant le fœtus est fréquemment expulsée sans se rompre et l'œuf sort en masse y compris le placenta.

Les choses se passeront de la même manière chez les personnes nerveuses et pléthoriques, lesquelles se trouveront dans des circonstances identiques. L'accoucheur doit seulement surveiller avec plus d'attention le travail de l'accouchement chez les personnes de ces dernières catégories, parce que, chez elles, il survient plus fréquemment des accidents qu'il doit toujours être prêt à prévenir ou à combattre.

Si c'est une maladie aiguë ou chronique qui donne lieu à l'avortement, l'accoucheur doit encore ici abandonner l'expulsion du germe aux soins de la nature, et se borner à l'emploi des moyens les plus convenables de combattre l'affection qui sévit chez la femme. Qu'il n'oublie pas pour le pronostic à porter sur la patiente, que l'avortement, dans le cours d'une affection aiguë, est toujours un symptôme fâcheux, et entraîne souvent la

mort d'une malade qui aurait guérie si elle n'avait pas été enceinte ou chez qui la grossesse aurait pu continuer. La maladie principale change alors de caractère et se complique de l'état puerpéral, aussi je crois qu'il serait convenable et avantageux d'associer aux moyens que réclame la maladie principale, le sous-carbonate de potasse dont j'ai obtenu de si heureux effets dans un grand nombre d'affection, suite de couches, et notamment dans la métro-péritonite puerpérale. Les heureux effets de ce médicament dans cette dernière maladie ont été principalement reconnu à l'hôpital de Louvain.

J'ai indiqué, dans la première partie du traitement de l'avortement, les divers moyens qui ont été recommandés pour arrêter les hémorrhagies utérines pendant la grossesse. Mais il peut se faire que malgré l'emploi judicieux de ces moyens, le sang n'en continue pas moins à couler, que la femme s'épuise et que son existence soit dans un danger imminent. Dans ces cas on ne doit plus considérer la vie de l'enfant qui, ordinairement, a déjà cessé, et dont l'existence (s'il est parvenu à l'époque de la grossesse où il est reconnu viable) ne peut être conservée ainsi que celle de la mère, que par son expulsion. Aussi doit-on, dans ces cas, se presser de rompre les membranes de l'œuf afin que les eaux s'écoulant, la matrice puisse revenir sur elle-même, et s'appliquant sur l'enfant, mettre un terme à l'écoulement du sang. Si, comme il arrive quelquefois, on est assez heureux d'atteindre ce but, on doit abandonner encore le reste du travail à la nature, en ayant soin de soutenir les forces de la malade au moyen de quelques cuillerées de consommé ou d'un vin tonique et généreux. Mais si les eaux de l'amnios étant écoulées, l'hémorrhagie ne cesse pas, alors il me paraît plus convenable de recourir à l'emploi du seigle ergoté dont je prescris ordinairement ʒij pour ℥viij de décoction, et en en faisant prendre à la malade une cuillerée toutes les dix minutes. Ce médicament que j'ai employé des milliers de fois et dont j'ai toujours, à quelques rares exceptions près, obtenu un effet presqu'instantané, tant dans les pertes utérines, quelles que soient les époques ou les circonstances dans lesquelles elles se soient manifestées, que dans l'inertie de l'utérus pendant l'accouchement. Il ne s'agit pour obtenir sûrement et promptement les bons effets qu'on ne peut plus refuser de reconnaître à cette substance, que de l'employer dans les circonstances convenables, c'est-à-dire lorsque l'utérus est dans un état de relâchement ou d'inertie. Si malheureusement on allait l'administrer lorsque cet organe est le siége de bonnes contractions ou de véritables douleurs expulsives, ou lorsque la matrice est dans un état d'irritation ou de resserrement spasmodique, on commettrait une faute grave; car, dans le premier cas, on troublerait la nature dont les efforts auraient amené l'expulsion de l'enfant dans quelques instants, et on s'exposerait à faire cesser ces véritables douleurs expulsives, ou à déterminer l'inflammation de la matrice. Dans le second cas, on ne ferait qu'augmenter cet état de spasme et d'irritation de l'utérus, et une métrite des plus violentes serait inévitable. Cette digression ne s'applique pas particulièrement à l'avortement, mais bien plutôt à l'emploi de ce médicament pendant le travail de l'accouchement. Du reste, quoiqu'on ait déjà beaucoup écrit pour et contre l'emploi de ce moyen, j'espère, un jour, publier les résultats de mon expérience sur ce

sujet, et j'essairai alors de fixer les circonstances dans lesquelles on doit recourir au seigle ergoté.

Quoique je ne me sois jamais trouvé dans aucune circonstance où je ne sois parvenu, en suivant la conduite que je viens de tracer, à arrêter les pertes utérines qui survenaient pendant la gestation ou l'accouchement, il peut se faire cependant que le sang continue à s'écouler, soit que le seigle ergoté n'ait pas été bien employé, soit plutôt qu'on ait fait usage du seigle ergoté avarié ou trop vieux, ou soit que, par extraordinaire, cette substance n'ait pas produit les effets qu'on pouvait en attendre. Il ne reste plus alors à l'accoucheur qu'à terminer manuellement et le plus promptement possible, l'extraction de l'enfant. A cet effet, il cherchera à introduire sa main dans la matrice, et à saisir les pieds de l'enfant qu'il amènera à l'extérieur; dans les cas dont il s'agit, l'accoucheur rencontre rarement des difficultés pour pénétrer dans la matrice, parce que, par le passage du sang par l'orifice de l'utérus, ce liquide a fait sur le col de cet organe l'effet d'un bain émollient, et produit le ramollissement et la dilatation.

Lorsque l'accoucheur est parvenu à amener les pieds de l'enfant à l'extérieur et que les fesses ou les reins bouchent l'orifice utérin, les auteurs recommandent encore d'abondonner aux seuls efforts de la nature le soin de terminer le travail du part, ou si les douleurs utérines ne surviennent pas, de recourir au seigle ergoté. Cette conduite est certainement la plus prudente et la plus propre à éviter l'inertie de la matrice et la continuation de l'hémorrhagie qui pourrait résulter du vide trop prompt de la cavité utérine. Cependant, si la femme était dans un état de faiblesse extrême, je crois qu'il serait préférable de terminer immédiatement non-seulement l'extraction de l'enfant, mais aussi celle du placenta, sauf à recourir ensuite aux moyens que j'indiquerai plus loin comme propres à arrêter l'écoulement du sang après la délivrance.

Pendant qu'on aura recours soit à la rupture de la poche des eaux, à l'usage du seigle ergoté, à la version de l'enfant, à son extraction complète et à la délivrance, on ne doit pas se dispenser de mettre en usage les moyens les plus propres à soutenir les forces de la femme et à tranquilliser son moral autant qu'il est possible dans ces tristes circonstances.

Si l'éclampsie survient pendant la grossesse et que malgré la saignée, les bains, les antispasmodiques, on ne parvient pas à en arrêter les accès, il faut alors, si les contractions utérines ne suffissent pas pour expulser l'œuf, venir en aide à la nature en dilatant peu à peu l'orifice utérin, en y introduisant successivement les doigts, pour rompre la poche des eaux; si ceci est encore insuffisant, aller chercher les pieds de l'enfant et l'extraire le plus tôt possible ainsi que les secondines.

J'ai, du reste, dans le cours de ce travail, exposé avec tous les détails désirables, la conduite à tenir par l'accoucheur dans les cas d'éclampsie pendant la grossesse et le travail; tout ce que je pourrais ajouter ici ne serait que des redites et allongerait inutilement cet ouvrage.

Du traitement de l'avortement après l'expulsion de l'enfant.

Je viens d'examiner successivement les divers moyens tant hygiéniques que médicaux ou chirurgicaux capables de prévenir ou de combattre les accidents qui peuvent survenir pendant la gestation, et déterminer l'expulsion de l'enfant avant le terme révolu ; ces données sont suffisantes pour fixer la conduite que le praticien devra suivre, quel que soit le cas qui pourrait se présenter. J'ai pensé que de plus longs détails seraient superflus ; il ne me reste donc plus qu'à dire quelques mots sur les soins qui peuvent être nécessaires après que l'enfant a été expulsé du sein de la mère.

Lorsque malgré toutes les précautions qui ont été recommandées et le traitement le plus convenable eu égard à la maladie ou à l'accident qui est venu compliquer la grossesse, on n'a pu prévenir l'avortement. Si l'enfant a été expulsé avec le placenta, ou si celui-ci a été rejeté peu de temps après; la femme ne réclame d'autres soins que le repos, quelques jours de diète, des boissons émollientes ou rafraîchissantes, comme si l'accouchement avait eu lieu au terme ordinaire de la gestation. Si la grossesse était parvenue à son sixième ou septième mois, il serait, je crois, convenable de faire tirer les seins de la femme, afin de favoriser la réaction laiteuse. C'est un soin que je n'ai jamais omis de prendre, et j'attribue à cette précaution le prompt rétablissement des femmes qui se sont confiées à mes soins, et le peu de suites fâcheuses que j'ai eu à combattre dans les divers cas que j'ai eu à traiter. Tous les auteurs sont d'accord que l'irritation ou l'augmentation de vitalité des glandes mammaires nécessaire pour la sécrétion du lait, est le meilleur préservatif de l'inflammation de l'utérus ou du péritoine. La sympathie des mamelles avec l'utérus en rend facilement raison ; aussi cette fonction se suspend-elle dès que la matrice est le siége d'une inflammation. L'écoulement des lochies doit aussi être surveillé avec soin, et le praticien doit chercher par des demi-bains, des injections émollientes, l'application de cataplasmes sur l'abdomen ou quelques sangsues à la vulve, à en augmenter la quantité ou à en modifier la qualité lorsqu'elles ne sont pas assez abondantes, ou qu'elles sont âcres et irritantes.

Si l'avortement est survenu pendant le cours d'une maladie aiguë, on doit continuer les soins et les moyens que réclame la nature de cette maladie. Le médecin surveillera surtout l'état de la matrice et du péritoine qui, dans ces cas, deviennent fréquemment le siége d'une inflammation qui enlève la femme en peu de temps. Les métrites ou métro-péritonites qui surviennent dans ces cas, sont d'autant plus dangereuses qu'on doit leur opposer un traitement prompt et énergique. Le danger est d'autant plus grand qu'on a à craindre, ou la gangrène de la matrice, si on ne parvient pas à enlever promptement l'inflammation, ou l'anémie tout aussi promptement mortelle que la gangrène, si les déplétions sanguines ont été un peu abondantes; malheureusement on ne saurait indiquer ni la quantité de sang qu'on peut distraire dans ces cas, ni le moyen de combattre cette terrible maladie sans recourir aux déplétions sanguines. Les mercuriaux, l'huile essentielle de térébenthine, le sous-carbonate de potasse, ont bien été recommandés et quel-

quefois employés avec succès ; mais je ne saurais conseiller de recourir à ces méthodes de traitement dans une métrite puerpérale aiguë, sans les avoir fait précéder par des saignées, ou par des applications de sangsues. Le sous-carbonate de potasse est le médicament dans lequel j'ai le plus de confiance, parce que dans les cas peu graves il m'a suffi, et que dans ceux qui présentaient plus de dangers, il pouvait être employé en même temps que les déplétions sanguines. Le mercure administré à l'intérieur ou en frictions sur l'abdomen et les membres, compte aussi quelques succès ; mais ce médicament par sa propriété de diminuer la plasticité du sang, a le grand inconvénient de jeter la malade dans un état de faiblesse qui lui est presque toujours funeste. Si quelques faits isolés suffisaient pour établir un principe, j'ai observé quelques exemples qui me feraient croire que le traitement mercuriel, comme l'a préconisé M. le docteur Vandenzande d'Anvers, dans la métrite puerpérale, employé dans les cas dont il s'agit ici, favorise la gangrène de l'utérus. Je n'avance ceci qu'avec toute réserve, car, je le répète, quelques faits isolés ne suffissent point pour établir un principe ; peut-être aussi la maladie dont ces femmes étaient atteintes favorisaient-elles cette fâcheuse terminaison de l'inflammation de l'utérus ; peut-être aussi la température, l'habitation, l'état de l'atmosphère, la constitution médicale de la saison en étaient-ils la cause. Cette remarque pourra éveiller l'attention des praticiens, et le résultat de leur expérience démontrera certainement, si effectivement le mercure administré, dans de telles circonstances, aurait une si fâcheuse influence. Ces recherches peuvent avoir aussi un plein succès, en amenant à découvrir la véritable cause de la fréquence de la gangrène de la matrice, dans les cas de métrite dont il s'agit.

Si l'avortement a été causé par une hémorrhagie utérine, et qu'on ne soit pas parvenu à arrêter la perte de sang malgré l'emploi des moyens les plus convenables, et quoique l'enfant soit sorti du sein de sa mère, il est nécessaire que l'accoucheur s'assure d'abord si le placenta est sorti en même temps ; dans le cas contraire, il faut qu'il procède le plutôt possible à son extraction, soit en tirant sur le cordon si celui-ci est assez fort, soit en introduisant la main dans la cavité utérine pour le saisir et l'amener à l'extérieur s'il est décollé ou légèrement attaché aux parois de l'utérus, soit pour le décoller si son adhérence à ses parties était plus intime. L'extraction du placenta dans les cas d'hémorrhagies utérines est de la plus grande nécessité ; cependant si cette adhérence était si forte que l'on ne put arracher le placenta qu'avec des efforts considérables, ou même, qu'il fut tout à fait impossible de le détacher ; on devrait se borner à en extraire le plus possible et abandonner l'expulsion du reste aux soins de la nature. L'expulsion du délivre doit encore être laissée à la nature lorsque l'avortement a lieu au commencement de la grossesse, et lorsque la matrice a acquis encore trop peu de développement pour permettre l'introduction de la main. On ne doit jamais, dans ces cas, recourir aux instruments pour chercher à extraire le placenta, l'emploi de la pince à faux germe de Levret ou tout autre, employé dans ce but ne peut être que nuisible (1).

(1) Considérations sur la rétention du placenta dans la matrice après l'accouchement ; par le docteur Hoebeke. Bruxelles, 1841.

Une fois le placenta extrait, si l'hémorrhagie persiste encore, on doit recourir aux moyens que j'ai indiqués. Le repos, la situation horizontale, dans une température froide et où l'air peut circuler librement, les astringents et réfrigérents appliqués sur l'hypogastre, la vulve, les cuisses. Les injections froides et astringentes jusque dans la cavité utérine, les lavements froids; l'application de sinapismes entre les épaules, tels sont les moyens externes que j'ai recommandés. On peut employer en même temps des médicaments à l'intérieur tels que le cachou, le ratanhia, le sang-dragon, l'opium, etc., mais le moyen le plus efficace est le seigle ergoté en substance ou en décoction. A tous ces moyens je dois encore ajouter, dans les cas dont il s'agit ici, la compression abdominale avec plusieurs compresses soutenues par un bandage de corps fortement serré. Enfin, lorsque tout a été infructueux on doit recourir à la compression de l'aorte abdominale.

L'emploi judicieux de ces moyens subordonnés, à la constitution de la femme, et à l'abondance du sang qu'elle aura perdu ou perdrait encore, suffira presque toujours pour sauver la vie de la femme; pendant l'administration de ces remèdes l'accoucheur doit avoir soin de tranquilliser la patiente, l'encourager, surtout lui cacher le danger qu'elle court et soutenir ses forces par les moyens que j'ai indiqués.

Je n'ai plus parlé, dans cette partie du traitement de l'hémorrhagie utérine, de l'emploi du tampon; car ce moyen ne peut plus être employé lorsque l'enfant a été expulsé de la matrice. Si on y avait recours on ne ferait que substituer une perte interne à une perte externe, ce qui ne ferait qu'augmenter les dangers que la femme court. Ce moyen est cependant souvent mis en usage dans les campagnes par quelques accoucheurs, mais c'est surtout les matrones qui y ont recours. Je ne saurais donc trop recommander à mes collègues de rejetter entièrement l'emploi du tampon dans ces cas, ou de le réserver seulement pour les cas où le germe a été expulsé peu de temps après la conception, c'est-à-dire lorsque la grossesse ne date encore que d'un mois à six semaines.

En traitant de l'éclampsie pendant la grossesse, j'ai indiqué en même temps le traitement à employer lorsque les convulsions persistent après la sortie de l'enfant et du placenta, je ne repèterai donc pas ce que j'en ai dit.

On voit donc que la femme qui vient d'avorter réclame, quel que soit son état, les mêmes soins que celle qui s'accouche à terme; il faut seulement que ces soins lui soient administrés plus longtemps, qu'elle évite les causes qui ont amené l'expulsion du fœtus avant terme, qu'elle se soumette avec persévérance au régime et aux autres soins hygiéniques en rapport avec sa constitution et son genre de vie, afin de détruire ou de diminuer la disposition à l'expulsion du fœtus, que laisse toujours un premier avortement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS (1).

I. DE L'EXPLORATION PHYSIQUE DE LA POITRINE, CHEZ LES MILICIENS, ET D'UNE NOUVELLE MÉTHODE DE MENSURATION DE CETTE CAVITÉ ;

Par le docteur C. CANSTATT.

(Medicinissches Correspondenz-Blatt bayerisscher Aertz. N° 1. 1 Aug. 1840.)

Les considérations suivantes que nous extrayons littéralement de l'article précité du docteur Canstatt, seront lues avec fruit, par les médecins, qui, de temps à autre, sont appelés comme experts devant les conseils de milice.

Le nombre annuellement croissant de jeunes gens qui invoquent *la faiblesse de poitrine*, comme motif d'exemption du service militaire, ajoute encore un intérêt d'actualité à ces considérations.

« Il ne peut être échappé aux médecins chargés de la visite sanitaire des miliciens, combien il est difficile de juger, si les affections internes, dont se plaignent si souvent les concrits, sont vraies ou simulées. A la campagne, on n'appelle le médecin que lorsqu'un danger pressant, la douleur, ou l'impossibilité de se livrer au travail, y forcent le malade. Il en résulte que celui-ci peut être, depuis longtemps, effectivement indisposé, sans que nul autre, que les personnes de sa famille en aient connaissance. S'agit-il maintenant de se prononcer, dans ces cas, sur l'existence d'un état maladif qui, assez souvent, ne se révèle par aucun signe extérieur sensible, on n'a d'autres preuves à invoquer, que le témoignage du milicien lui-même. D'un autre côté (comme l'ont éprouvé tous les médecins qui ont rempli les fonctions d'experts devant les conseils de milice), on est de nos jours, on ne peut plus disposé et expéditif à fournir les témoignages exigés par la loi, dans les cas où la maladie invoquée ne peut être diagnostiquée par les symptômes objectifs. Il s'ensuit que l'on ne peut guère s'empêcher de soupçonner la véracité de la plupart des certificats délivrés dans ces cas. »

« Cependant sous ce rapport, on peut causer autant de mal, en ne croyant pas aux assertions du milicien, qu'on peut le faire en favorisant d'adroits trompeurs par trop de crédulité. Il me semble toutefois, qu'il est moins

(1) Cet article est traduit de l'allemand, par M. le docteur VAN MEERBECK, de Malines, qui a bien voulu s'engager à nous fournir régulièrement de semblables extraits. — D'autre part, M. le docteur JOURDAIN, de Binche, a également consenti à nous prêter l'appui de ses talents et nous a promis la revue mensuelle des Journaux français. Ainsi, grâce au zèle de ces médecins distingués et des autres collaborateurs aux Archives, les lecteurs de ce journal pourront aisément suivre la marche de la science dans les principales contrées de l'Europe.

dangereux d'être trop crédule que de causer, par trop de méfiance, la mort du malade, ou de provoquer le développement d'une maladie dont l'individu qui en est le sujet pâtira toute sa vie. »

« Ces difficultés inévitables imposent un devoir sacré aux médecins appelés comme experts devant les conseils de milice. C'est de ne procéder qu'avec la dernière prudence dans le jugement à porter sur les maladies internes invoquées par les conscrits, et ce devoir, ils ne peuvent le remplir qu'en cherchant à obtenir des résultats *objectifs*, c'est-à-dire des données appréciables aux sens. »

« Les maladies internes dont les miliciens se prétendent le plus souvent atteints pour obtenir leur réforme, sont : des affections de poitrine, l'asthme, le crachement de sang, un point de côté, des accès de suffocation, des battements de cœur, etc. C'est justement pour cette classe d'affections que l'art médical s'est approprié, dans ces dernières années, des méthodes d'exploration, dont l'emploi donne une *certitude objective* extraordinaire dans le diagnostic, et dont l'usage peut et doit être recommandé à l'attention la plus soignée des médecins appelés devant les conseils de milice. Ces méthodes d'exploration ne sont pourtant pas mises en usage devant ces conseils, tel qu'il conviendrait, et tel qu'elles méritent de l'être. Ce qui le prouve, c'est la rapidité avec laquelle se fait l'examen des miliciens, au milieu d'un entourage qui n'est guère moins que silencieux. Cette dernière circonstance surtout, rend impossible une exploration exacte de la poitrine par l'auscultation et la percussion. »

« Pour que maintenant, ce progrès de l'art médical pût passer dans le domaine de la Médecine légale (*Staatsarzneikunde*) et y porter des fruits, il serait à désirer :

1° Que tous les miliciens, qui se plaignent d'affections de poitrine et dont les prétentions ne se trouvent pas justifiées par d'autres preuves irrécusables, fussent soumis à un examen plus exact à l'aide de la mensuration, de la percussion et de l'auscultation. Le silence et le loisir nécessaires à ce genre d'exploration présideraient à cet examen ;

2° Que cependant aussi, la mensuration de la poitrine, l'auscultation et la percussion fussent instituées chez tous les miliciens *sans exception*, pour constater l'état *normal* des poumons et des organes de la circulation. Cette mesure ne me paraît pas moins nécessaire que l'examen des yeux, de la bouche, des dents, de l'anus, de la peau, etc. Des depôts tuberculeux, des maladies du cœur et d'autres états pathologiques de la cavité thoracique peuvent exister, sans que le malade en ait la conscience, et sans que ces états pathologiques soient reconnaissables par d'autres signes que par les méthodes d'exploration mentionnées plus haut. »

« On pourrait établir en conséquence la règle suivante :

Ne seront reputés aptes au service militaire que :

a. Les individus, qui, *sous le rapport de la mensuration thoracicique, présentent une plus grande circonférence dans la partie supérieure de la poitrine que dans l'inférieure.* Cette mesure serait basée sur le résultat des recherches de Hirtz (1) qui a constaté que les pro-

(1) Voyez : *Recherches cliniques sur la phthisie pulmonaire par Mathieu*

portions contraires étaient, dans la plupart des cas (et surtout chez les adultes), le signe d'une phthisie pulmonaire.

b. Les individus, qui, *sous le rapport de l'auscultation et de la percussion thoraciques, ne présentent aucune aberration de l'état normal.* »

« Il ne me paraît pas difficile de procéder d'une manière pratique à ce complément de la visite sanitaire. Celui qui s'est familiarisé avec l'auscultation, pourra, par l'application de l'oreille sur la poitrine du milicien, lorsque celle-ci est bien conformée, juger en peu de secondes, si les organes qui s'y trouvent renfermés, existent oui ou non à l'état physiologique. Celui-là au contraire qui n'est pas encore versé à ce point dans cette méthode d'exploration (qui après tout, n'est pas plus difficile que mainte autre), fera bien de se dépêcher d'en acquérir l'exercice nécessaire, s'il ne veut encourir le reproche bien mérité de se montrer apathique envers tout progrès réel de l'art médical. Car, quand même l'exploration physique de la poitrine n'aurait d'autre utilité *pratique*, (la prétention que dans la pratique, on peut très-bien se passer de l'auscultation, sert d'excuse à bien des médecins pour couvrir leur ignorance et leur dégoût pour l'étude de leur art!) que de faire exempter du service militaire un seul milicien affecté de maladie des poumons ou du cœur, alors encore et pour cette raison seule, il serait d'un devoir sacré pour le médecin faisant fonctions d'expert (*in amtlicher Stellung*), d'être familier avec cette partie de l'art du diagnostic. »

« Si cependant un milicien se plaint d'avoir jadis souffert de la poitrine ou d'en souffrir encore, ou bien, si à la suite d'une rapide auscultation et percussion, on présume qu'il est affecté d'une anomalie considérable dans l'état des organes de la respiration ou de la circulation, on le mettra à l'écart et on le soumettra, après avoir terminé la visite des autres, à l'examen le plus exact et le plus sévère possible, à l'aide du stéthoscope, du plessimètre et de la mensuration thoracique. Cet examen se fera dans un endroit retiré et tranquille, où l'on ne vienne point déranger l'explorateur et où il lui soit libre de s'approprier le temps nécessaire. Il serait indigne du médecin de chercher à s'excuser de ne point faire cette exploration avec tout le soin nécessaire, sous le prétexte de manquer de temps! »

Ces considérations et ces propositions, remarquons-le bien, sont d'un intérêt si palpitant et si universel, qu'on ne peut leur accorder une trop grande attention. Car il n'est pas de pays qui ne cherche à avoir de robustes soldats; il n'est pas de famille (je n'excepte pas la vôtre, médecin, qui me lisez), qui ne puisse se trouver dans le cas de voir mourir un de ses membres,

Hirtz, aide de clinique à la faculté de médecine de Strasbourg. Presse médicale. Janvier 1837. *Encycl. des S. méd. t. XIV.* 2e *Série.* M. Fallot, qui rapporte brièvement les résultats obtenus par Hirtz, dans son *Mémorial de l'expert dans la visite sanitaire des hommes de guerre. Brux.* 1837, y joint cependant la restriction suivante : « Si une observation ultérieure confirme les faits allégués et » les conclusions qui en sont déduites, ce sera une précieuse acquisition pour la » séméiotique de la branche de la médecine dont nous traitons. »

(*Note du Traducteur*).

incorporé après un examen trop léger, et reconnu trop tard comme trop débile pour supporter le métier des armes.

Pour prouver d'une manière expérimentale la nécessité de l'exploration physique de la poitrine chez les miliciens, le docteur Canstatt rapporte quelques observations de faits de ce genre qui se sont passés sous ses yeux, mais dont, pour abréger, nous ne traduirons que la moins longue.

« George Frédéric W.... , d'une stature déliée, jouit cependant d'une bonne apparence extérieure. *Il prétend* que depuis son enfance, il est sujet à des points de côté, à de la gène dans la respiration, à des attaques de syncope et de vertiges et même d'avoir de temps à autre des crachements de sang ; il dit qu'il ne peut se livrer à des efforts corporels de quelque durée, sans être hors d'haleine et se porter mal. De quelle manière serait-on parvenu dans ce cas à constater les assertions du milicien et la justesse de sa réclamation si ce n'eut été par l'exploration physique de la poitrine? Elle donna les indications suivantes : irrégularité dans le rhythme des pulsations du cœur, ces pulsations se suivent tantôt très-fréquemment, tantôt très-lentement, d'une manière alternative; le premier bruit du cœur est accompagné d'un bruit de soufflet du côté gauche; l'impulsion du cœur est extraordinairement forte, à chaque battement la tête de l'ausculteur est visiblement soulevée; le pouls est mou et n'est aucunement en rapport avec la force des battements du cœur. Ces signes physiques, abstraction faite des rapports subjectifs du milicien W..., suffisent pour diagnostiquer positivement la présence d'une affection du cœur, consistant probablement dans l'hypertrophie du ventricule gauche avec rétrécissement de l'orifice aortique et par conséquent suffisent aussi pour prononcer l'inaptitude du sujet au service militaire. »

La *nouvelle méthode de mensuration thoracique*, dont parle le docteur Canstatt dans cet article, consiste non plus dans l'*appréciation de la capacité relative de la poitrine pendant l'état de repos*, ce que l'on obtient par l'ancienne méthode, mais à rechercher : *de combien toute la capacité de la poitrine, peut s'agrandir pendant l'acte de la respiration, dans sa partie supérieure, moyenne et inférieure et dans l'un et l'autre de ses côtés*. Jusqu'ici on a cherché à apprécier le *dégré de dyspnée*, d'une manière très-incertaine, en faisant inspirer fortement, le malade, pendant que l'on examinait la poitrine à la vue ou qu'on y appliquait la main. On tâchait ainsi de se rendre compte d'une manière approximative du plus ou moins grand mouvement qu'exécutait le squelette osseux du thorax. Le diagnostic gagnerait une grande certitude si l'on pouvait indiquer en chiffres cette appréciation approximative.

« Pour obtenir ce résultat, dit l'auteur que nous laisserons parler lui-même, je me sers d'un *Pnoiomètre* très-simple. C'est une bande de parchemin de 110 à 120 centimètres de long sur un pouce de large, qui est pourvue à quelque distance d'un de ses bouts d'une coulisse, comme en présentent les portefeuilles. Le reste de la bande est divisé en centimètres ou en pouces et lignes. Pour mesurer le mouvement de la cavité thoracique, j'entoure la poitrine horizontalement de cette mesure, je passe le bout antérieur dans la coulisse et je serre la bande autant que possible ; par là je connais la capacité de la poitrine dans la circonférence comprise, pendant

l'état de repos. Je fais alors faire trois ou quatre fortes inspirations au malade pendant que je laisse céder le bout de la bande que je tiens à la main. Les inspirations doivent être répétées jusqu'à ce que la bande ne cède plus. La différence des deux mesures obtenues, me donne la quantité de centimètres ou de pouces et de lignes, dont la poitrine s'est agrandie, dans la circonférence comprise par la bande, pendant l'acte respiratoire. Pour mesurer cet agrandissement dans la partie supérieure de la poitrine, je porte la bande immédiatement au-dessous des aisselles, pour la partie inférieure je la fais passer sur l'extrémité inférieure du sternum. Dans cinq cas j'observai de cette manière un agrandissement :

DANS LA CIRCONFÉRENCE SUPÉRIEURE.					DANS LA CIRCONFÉRENCE INFÉRIEURE.				
de 93	centimètres	à	99	centimètres	de 93	centimètres	à	99	centimètres
— 97	—	—	103	—	— 93	—	—	95	—
— 86	—	—	92	—	— 83	—	—	97	—
— 85	—	—	92	—	— 83	—	—	89	—
— 86	—	—	91	—	— 82	—	—	86	—

« On voit aisément que par ce moyen on peut parvenir à maint résultat très-intéressant et très-important. On peut aussi mesurer de cette manière le soulèvement comparatif des deux côtés de la poitrine. Pour cela on place un des bouts de la bande sur la colonne vertébrale, tandis que l'on porte l'autre extrémité alternativement sur l'un et l'autre côté de la poitrine pour la fixer, à l'aide des doigts, sur le sternum. On laisse alors, comme il est précédemment indiqué, glisser la partie mobile du *pnoiomètre* dans la coulisse pendant le soulèvement du côté thoracique dont on veut connaître la mesure. »

« Il est évident que cette méthode de mensuration est non-seulement applicable au lit du malade, mais encore lors de l'examen des organes thoraciques chez les miliciens. »

—

II. GUÉRISON D'UN TÉTANOS.

Par le docteur J. H. BECK, à Weissenhorn.

(Medicinissches Correspondenz-Blatt. nº 2. 8 Aug. 1840.)

Un homme d'un tempérament lymphatique, âgé de 21 ans, eut le malheur de recevoir dans le pied gauche, la charge à bout portant de son propre fusil, chargé de dragées. Douze jours après l'accident la plaie présentait le plus bel aspect et présentait un pus louable. Le malade qui jusque-là avait gardé le lit, se fit porter devant la fenêtre et la fit ouvrir à cause du

beau temps. Tout à coup il ressentit dans le pied malade une douleur pulsative. Le lendemain se manifestèrent des symptômes tétaniques légers d'abord, mais qui de jour en jour augmentèrent d'intensité, sans que toutefois la plaie continuât de sécréter un pus de bonne nature. La médication suivante fut mise en usage. A l'intérieur, la poudre de Dower unie au calomel, à la dose d'un grain à donner alternativement d'heure en heure avec une cuiller d'une solution de deux gros de carbonate de potasse dans quatre onces d'eau de cerises noires (aq. cerasor. nigr); plus tard la poudre de Dower fut remplacée par trois grains de musc à prendre de la même manière, et vers la fin de la cure 1/6 de grain d'acétate de morphine substitué au musc; des lavements avec de l'eau de lessive pour combattre la constipation; à l'extérieur la plaie fut pansée avec des cataplasmes composés d'herbes émollientes et narcotiques; des frictions générales furent faites avec des liniments narcotiques; et ensuite des vésicatoires appliqués derrière les oreilles et saupoudrés chacun journellement d'un grain d'acétate de morphine. Dix-sept jours après l'invasion, la maladie avait complétement cédé, en présentant, ce jour, la particularité d'une éruption d'*hydroa febrilis* sur les doigts.

Tel est le résumé de l'observation de tétanos, dont le docteur Beck, a décrit avec un soin tout particulier et des détails minutieux, l'invasion, la marche, la succession et la terminaison des symptômes. Il la fait suivre de quelques réflexions pleines d'intérêt, dont nous extrayons les conclusions suivantes :

1° Ce cas réfute l'assertion théorique que l'on trouve dans plusieurs traités de chirurgie, que le tétanos ne pourrait survenir à la suite d'une plaie en pleine suppuration.

2° Il est une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion de Berend, de Hufeland, d'Autenrieth, de Dupuytren et d'Astley Cooper, que le tétanos et surtout le tétanos traumatique n'appartient pas à la classe des phlegmasies, mais bien à celle des névroses.

3° Il est donc inutile de recourir dans le cas présent à des émissions sanguines, qui n'auraient produit d'autre effet que de constater la judicieuse expérience d'Autenrieth et d'Astley Cooper, savoir : *que les tétaniques traités par les émissions sanguines deviennent bien plus tranquilles mais aussi meurent d'autant plus vite.*

Nous adoptons pleinement ces conclusions basées sur l'expérience d'un grand nombre de praticiens célèbres ; nous croyons leur manière de traiter un peu plus raisonnable que l'absurde idée, naguère en vogue, de combattre toutes les maladies, même les plus disparates, le tétanos comme la gastrite, par un seul et unique traitement, *les antiphlogistiques partout et toujours* (1).

(1) Durant mon internat à l'hôpital Ste-Élisabeth à Anvers, j'ai vu M. Sommé traiter un tétanique, en lui faisant administrer de deux heures en deux heures, *deux grains d'opium avec un grain de musc,* le malade fut guéri au bout de 10 jours.

Avant et après cette époque, j'ai vu dans différents hôpitaux tant du pays que

III. OBSERVATION DE STRANGULATION PAR LE CORDON OMBILICAL;

par le docteur EICHHORN.

(Medicinissches correspondenz-Blatt. N. 2. 8 Aug. 1840.)

Il y a quelque temps que j'eus à examiner en qualité de médecin chargé de constater les décès (*Leichen beschauer*) le cadavre d'un enfant de parents aisés qui était mort immédiatement après sa naissance. L'accouchement avait été facile mais un peu lent dans la dernière période. L'enfant, du sexe masculin, était à terme, très-volumineux et bien développé. Le cordon ombilical avait trois fois contourné le cou et il en était résulté une marque de strangulation de 2 lignes de largeur et d'une ligne de profondeur. L'enfant avait fait quelques inspirations et expirations incomplètes; les efforts de la sage-femme pour le rappeler à la vie furent sans résultat. —Supposons, qu'un enfant né clandestinement dans des circonstances pareilles, fut trouvé mort, quel médecin légiste hésiterait d'affirmer que l'enfant était né vivant et que sa mort est due à une violence extérieure? C'est *pour cette raison* que je crois ce cas digne d'être publié, afin de constater au moins la *possibilité* de trouver des marques de strangulation occasionnées par l'entortillement du cordon ombilical autour du cou. »

—

IV. DE LA CRAMPE DES ÉCRIVAINS (SPASMUS HABITUALIS MUSCULI FLEXORIS POLLICIS LONGI) ET DE SON TRAITEMENT PAR LA TÉNOTOMIE;

Par le docteur LOUIS STROMEYER, professeur de chirurgie et d'ophthalmologie à Erlangen.

(Medicinissches Correspondenz-Blatt. N° 8. 19 sept. 1840.)

La crampe des écrivains, dont il est question ici, n'est pas cet état de spasme ou de paralysie momentanée du pouce qui survient fréquemment chez les écrivains assidus, et qui passe au bout de quelques minutes ou de quelques heures par le repos ou une médication appropriée; c'est *l'état permanent de spasme ou de paralysie du pouce*, entraînant l'impossibilité d'écrire une seule lettre, tandis que tous les autres travaux manuels sont possibles. C'est contre cet état permanent que le docteur Stromeyer a

de l'étranger, *martyriser* un certain nombre de tétaniques, à l'aide de saignées, de sangsues et de ventouses scarifiées, etc., *tous sont morts.*

(*Note du Traducteur*).

dirigé *une fois* avec succès la section du tendon du muscle long fléchisseur du pouce vis à vis la première phalange.

Le docteur Stromeyer fait suivre la rélation de ce fait par quelques réflexions tendant : 1° à prouver que la section des tendons est dans tous les cas un moyen antispasmodique; 2° à établir le fait que, lors de la ténotomie, la partie environnante perd totalement ou partiellement sa sensibilité, immédiatement ou quelques minutes après la section, que ce phénomène ne doit inspirer aucune crainte puisque la sensibilité revient toujours après la réunion des deux bouts du tendon divisé.

—

V. DE L'ADMINISTRATION DE FORTES DOSES DE CALOMEL DANS LE TYPHUS ABDOMINAL ;

Par le docteur ROSCH, de Schwenningen.

(Medicinissches Correspondenz-Blatt. N° 10. 5 oct. 1840.)

Et d'abord qu'entendent les Allemands par le mot *typhus abdominal?* car, si nous voulons porter un jugement sur leurs cures parfois si merveilleuses, et essayer à notre tour de traiter les maladies comme eux, il nous faut avant tout, si nous ne voulons faire de graves bévues, aller étudier dans leurs ouvrages, quelles maladies ils désignent sous telle ou telle dénomination et ne pas nous contenter de les déviner à l'aide d'une synonimie approximative.

Voici donc ce que le docteur Rosch entend par *typhus abdominal :*

« Dans la plupart des épidémies de fièvres typhoïques que j'ai vues dit-il, » un état gastrique ou gastro-catarrhal précéda le stade typhoïque. Dans les cas les plus légers il n'existait qu'un état gastrique (*gastricismus*); même par-ci par-là sans fièvre; dans les cas plus graves la tendance à l'état typhoïque ou cet état lui-même se montrait dès les premiers jours de la maladie, et l'état gastrique, dans l'acception reçue de ce mot, avec turgescence de la bile et du mucus vers le haut et le bas, (comme disaient les anciens), n'existait pas. Cependant dans presque tous les cas les malades se plaignaient de perte de l'appétit, de nausées, de vomissements, la bouche était amère et la langue propre ou couverte d'une très-légère couche blanchâtre. »

« Plus l'état gastrique est patent, plus facile sera la cure; au contraire, moins il se prononce et plus vite apparaît l'état typhoïde, plus le traitement sera difficile et la fièvre typhoïde sera rebelle. Les malades, qui sont affectés de vomissements dès l'invasion de la maladie, guérissent plus vite que ceux chez lesquels on n'observe pas ce symptôme. C'est du moment que le vomissement se déclare, que le traitement doit être institué. »

« Ce que je fais en premier lieu, lorsque l'état gastrique est patent et qu'il existe cependant en même temps de la prostration, une certaine contraction des traits du visage, une couleur ictériforme de la peau, etc., c'est de

donner un vomitif composé de tartre émétique et d'ipécacuanha. Il en résulte, le plus souvent, des vomissements d'un liquide amer, verdâtre, muqueux, quelquefois aussi des selles de même nature. L'obtention de selles n'est cependant pas à désirer car elle ne sert à rien et nuit parfois. Immédiatement après, plusieurs malades sont déjà en voie de guérison. Lorsque le résultat n'est pas aussi heureux, lorsqu'au contraire la prostration et les autres symptômes augmentent, surtout que la diarrhée se manifeste; ou bien, lorsque l'état gastrique n'est pas très-apparent au début de la maladie, lorsque la langue n'est pas chargée, mais qu'il existe seulement le goût amer de la bouche, (que j'ai rarement vu manquer dans les cas qui me sont personnels), alors il ne faut plus rien attendre des vomitifs et encore moins des moyens ordinairement administrés dans ces cas, car ils épuisent sans produire aucun avantage. Il s'agit alors de provoquer la sécrétion et l'excrétion de la bile et du mucus, (ce qui dans les cas légers s'obtient de soi-même ou par les moyens indiqués plus haut), par une médication agissant plus énergiquement. Le calomel produit cet effet, le calomel administré non pas à petites doses fréquemment répétées, mais à fortes doses données une deux ou trois fois par jour, le matin, ou bien tous les deux jours suivant que les circonstances le réclament. Ce que je propose ici est justifié par des observations faites sur plus de 150 malades. »

Il résulte de ce qui précède que si nous voulons imiter la pratique du docteur Rosch, il s'agit d'abord de bien rechercher si les cas de fièvre typhoïde que nous avons à traiter sont analogues à ceux dont il parle; sans cela une imitation aveugle de la thérapeutique seule pourrait, nous semble-t-il, produire plus de mal que de bien. *Judicium difficile, experimentum fallax.*

—

VI. EXTIRPATION DE L'ASTRAGALE;

Par le docteur HEIDENREICH.

(Medicinissches Correspondenz-Blatt. N° 19. 5 déc. 1840.)

« Un homme d'une constitution athlétique, âgé de 45 ans, jouissant d'une bonne santé, saute de sa voiture et se luxe l'astragale du pied droit. Cet os s'était contourné perpendiculairement à son axe, la tête de l'astragale était désarticulée d'avec l'os scaphoïde et se trouvait porté en dehors et un peu en haut. Il n'existait d'autre lésion extérieure qu'une petite blessure à la peau, vis à vis l'endroit malade. »

« Tous les moyens de réduction furent inutilement essayés. On eut recours à des saignées, à des applications de sangsues, à des frictions, à des fomentations etc., pour combattre l'inflammation et prévenir la gangrène imminente, ce qui n'empêcha pas que la peau de la partie lésée ne s'en-

flamma, suppura, tomba en gangrène et mit à nu l'os qui présenta bientôt des signes de carie. »

« La partie d'os mise à découvert était très-mobile, on crut d'abord que ce n'était que la tête de l'astragale, séparée de l'os par l'inflammation et la suppuration; des tractions vainement instituées firent abandonner cette idée, et six semaines après la date de l'accident on procéda à l'extirpation totale de l'os. »

« L'opération consista à détacher, graduellement, l'os des parties voisines par des traits de bistouri dirigés, avec prudence, vers les faces de l'os lui-même, et à couper les ligaments à l'aide de ciseaux. L'os n'était aucunement lésé *d'une manière mécanique* vers son côté externe ou péronéen, du côté interne il s'en était détaché deux éclats. »

« La plaie était grande, aucune hémorrhagie artérielle ne se déclara, mais on eut à combattre une hémorrhagie veineuse considérable. La plaie fût pansée et traitée d'après les procédés en usage. »

« Le traitement dura longtemps. A différentes reprises on dut ouvrir, nettoyer, élargir des conduits fistuleux, la suppuration semblait ne pas vouloir finir. »

« Seulement une année et demie après l'opération, il fut possible de faire porter au malade la *machine à pieds bots* du professeur Stromeyer (1). A l'aide de cette machine et d'une canne, le patient marche maintenant et fait même des promenades d'une demi-lieue. »

« Le pied opéré est plus court d'un pouce et demi que l'autre. La plante du pied est tournée en dedans, comme cela s'observe dans le cas de pied bot. »

« Nous avons cru cette observation digne d'être publiée, parce que l'extraction de l'astragale se pratique rarement et que dans le cas présent elle a eu d'heureuses suites. »

VII. OBSERVATION D'HYDROPISIE ENKYSTÉE DU VAGIN.

Par le docteur HEIDENREID.

(Med. Correspondenz-Blatt. nº 20. 12 Déc. 1840).

« Une femme primipare, âgée de 27 ans, dut être accouchée à l'aide du forceps à cause d'une déviation du bassin. Pendant l'exploration je sentis à la paroi antérieure du vagin, une tumeur que je pris pour un œdème de la

(1) Si après cette opération ont eut condammé le pied à une immobilité permanente à l'aide du bandage amidonné *bivalve* ou *fenêtré*, il est plus que probable que la plaie se serait cicatrisée plus vite et que le patient aurait pu marcher à l'aide du bandage amidonné seul, sans machine quelconque.

(*Note du Traducteur*).

membrane muqueuse. La femme me dit que cette tumeur y existait depuis quelques mois. Je terminai l'accouchement et je ne fis plus attention à l'existence de cette tumeur, la santé de la mère et de l'enfant ayant bientôt mis fin à mes visites. »

« Deux mois après cette personne vint me trouver se plaignant d'une chute de matrice. Je vis entre les grandes lèvres une tumeur en forme de boudin, attachée à la paroi antérieure du vagin. Un examen plus attentif me fit découvrir à cette paroi antérieure deux tumeurs, rénitentes sous la pression et paraissant contenir un liquide. Chacune d'elles était de la grandeur d'une noix ; on pouvait facilement les déplacer mais sans que leur volume diminuât. »

« Une sonde introduite dans la vessie fit reconnaître que ce n'était pas un cystocèle. Les deux tumeurs furent successivement portées au dehors, incisées et une partie de la poche enlevée à l'aide de ciseaux courbes. Le liquide écoulé était jaunâtre et transparent. Une légère hémorrhagie veineuse se manifesta, qui cependant céda promptement à l'emploi de réfrigérants. »

La guérison fut prompte. La matrice fut soutenue à l'aide d'éponges. Après la cicatrisation de la plaie on fit quelques injections avec du vin rouge.

Dr Ph. J. Van Meerbeeck, (de Malines).

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS.

Par M. le Dr JOURDAIN, de Binche.

I. PHYSIQUE, CHIMIE, BOTANIQUE ET PHARMACOLOGIE.

De l'air atmosphérique.

Les récentes recherches de MM. Dumas et Boussingault sur la constitution de l'air atmosphérique, fixent la densité de l'oxigène à 1,1057, et celle de l'azote à 0,972, et font présumer que si la composition de l'air en masse (oxygène 20,81 — azote 79,19) est constante, certaines zônes de l'atmosphère offrent peut-être une composition particulière, déterminée par des phénomènes naturels tels que les pluies, la végétation, et surtout la direction des vents. Mais leurs expériences ont besoin d'être répétées, d'autant plus que toutes les méthodes connues d'analyse de l'atmosphère présentent des défectuosités signalées par le professeur Brunner qui propose de leur

substituer des procédés dont il donne la description (*Annales de chimie*).

L'état impur de l'atmosphère des mines est prouvé clairement dans un mémoire de M. Mayle (*Ibid.*).

De l'action du peroxyde de fer hydraté sur l'acide arsénieux.

L'oxyde de fer préparé par la potasse, et celui précipité par l'ammoniaque diffèrent réellement, parce que chacun d'eux retient une quantité très-notable de l'alcali qui a servi à le préparer. Cinq parties d'oxyde de fer, pris à l'état d'hydrate humide, qu'il soit obtenu par la potasse ou par l'ammoniaque, précipitent complétement une partie d'acide arsénieux de sa dissolution. Quand on n'a plus employé que quatre parties des deux oxydes, la précipitation a encore été complète avec celui préparé par l'ammoniaque, mais elle ne l'a plus été avec celui préparé par la potasse. Enfin trois parties d'oxyde par l'ammoniaque laissent une grande quantité d'arsenic en dissolution. On peut donc admettre, sans erreur sensible, qu'il faut quatre parties et demie d'oxyde préparé par la potasse pour obtenir la précipitation complète de l'arsenic, et que le minimum à employer d'oxyde par l'ammoniaque, est plus près de quatre que de trois. A l'état de dessication les deux oxydes ont perdu la moitié de leur pouvoir d'absorber l'acide arsénieux : mais l'hydrate de fer ammoniacal conserve encore une légère supériorité sur l'autre (Guibert, *Bul. gén. de thérap.*).

De l'action des chloro-hydrates sur les préparations mercurielles.

Les 1er et 2e oxydes de mercure, les 1er et 2e sels de mercure et le mercure métallique lui-même, mis en digestion avec une solution de sel ammoniac, produisent du sublimé corrosif. Ces réactions ont lieu à la température ordinaire, et mieux à celle du corps humain dans un temps assez court, les unes, même instantanément. Or, comme les différents liquides contenus dans les organes de l'homme contiennent du sel marin, et du sel ammoniac, etc., il s'ensuit que,—lorsqu'on ingère une préparation mercurielle quelconque, il se produit, dans l'intérieur du corps, une quantité variable mais constante de deuto-chlorure de mercure (Mialhe, *Journal de pharmacie*).

Purification des eaux calcaires.

Le docteur Clarck, propose de dépouiller l'eau de la chaux qu'elle contient par l'addition d'une quantité égale de bicarbonate de chaux, d'où résulte un précipité de carbonate insoluble (*Gaz. méd. de Paris*).

Préparations pharmaceutiques.

Le *Bulletin général de thérapeutique* indique des procédés pour la purification de la *crème de tartre*, la confection de l'*emplâtre de ciguë*, de l'*emplâtre vésicatoire* et du *sirop de goudron*.

L'*extrait de gaïac* obtenu selon la formule du Codex, qui est la meilleure, contient une résine balsamique et une autre résine, une matière noire insoluble dans l'alcool et soluble dans l'ammoniaque, des sels à base de chaux, et du fer en quantité assez notable (*Journ. de pharm.*).

II. ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, HYGIÈNE.

Du dualisme multiple de l'organisation et de ses antagonismes dans l'homme et le règne animal.

Il y a dans les formes de l'homme et des animaux symétriques les dualités multiples suivantes : *Polarisme* 1° celle de polarisation, entre la tête et les parties génitales ; *Symétrisme* 2° celle de latéralité ou des deux moitiés sympathisantes, et parfois entrecroisées à leur axe. Elles éprouvent des balancements de puissance ou d'accroissement entre elles ; *Dualisme* 3° celle de postériorité et d'antériorité, le côté tergal, solaire ou céleste (tête et rachis), le côté sternal et ventral ou terrestre. — Par des inégalités d'équilibre entre ces divers antagonismes, on s'expliquera sans peine (*sic*) la tératologie ou les difformités (Virey, *Gaz. méd. de Paris*).

Sur le mécanisme de l'audition.

Les sons traversent la membrane du tympan, sans l'impressionner. Parvenus à l'oreille moyenne, ils excitent les petits filets nerveux qui se distribuent aux muscles de la chaîne, les font contracter, et ceux-ci mettent en mouvement les osselets, tendent ou relâchent certaines parties de la membrane, suivant la nature des sons qui viennent les exiger. Si les sons sont aigus, le nerf qui se distribue au muscle pétro-malléal, sera impressionné. Si les sons sont graves, le nerf du muscle pyramido-stapéal recevra l'impression, et si les sons sont assez nombreux pour exciter la tension de toutes les cordes de la membrane, les deux muscles entreront en action.— Les sons peuvent aussi, en s'introduisant dans la bouche, impressionner le nerf vidien, au moment où il se perd au ganglion sous-maxillaire, et delà, l'impression serait transmise par la corde du tympan, aux muscles des osselets, à l'aide de deux petits filets qui en émanent, pendant que ce nerf est accolé au nerf facial, dans la caisse du tympan (Bonafont, *Gaz. méd. de Paris*).

Effets des boissons froides, quand le corps est échauffé.

Il semble résulter des faits recueillis par M. Guérard, que c'est à la température de + 12° centig. que les boissons froides ont un effet plus immédiatement fatal. Il n'a pas rencontré d'exemple de mort instantanée par suite de l'ingestion des boissons à zéro et au-dessous, ce qui tient peut-être à ce qu'elles ne sont prises alors qu'à petits coups. — La gravité des accidents

est liée aux conditions suivantes: 1° échauffement du corps ; 2° vacuité actuelle de l'estomac ; 3° grande quantité de boissons (quelle qu'en soit la nature) ingérées dans un temps donné ; 4° basse température de cette boisson. — Lorsqu'on s'y est imprudemment exposé , on doit se livrer à un exercice tel que la course , pour provoquer une abondante transpiration (Guérard, *Ann. d'hygiène publique*).

III. PATHOLOGIE INTERNE.

Mélange d'hémorrhagie cérébrale et de ramollissement du cerveau.

L'embarras, la suppression de la parole chez le malade , qui fait le sujet de cette observation , et la coexistence , constatée à l'autopsie , d'un ramollissement blanc de la substance cérébrale, dans la région du sinus antérieur du ventricule gauche, confirment l'opinion , qui localise la parole dans les lobes antérieurs (Bouillaud, *Gazette des Hôpitaux*).

Entéro-mésentérite mal traitée.

Antoinette Creuse, âgée de 15 ans , constitution *délicate* , tempérament *lymphatique* , non réglée , malade depuis quinze jours , entre à l'hôpital de la Charité, le 30 octobre , présentant les symptômes d'une fièvre muqueuse (entéro-mésentérite , selon M. Bouillaud). Elle avait été traitée par un médecin timoré , qui ne lui avait prescrit qu'*une saignée* , *douze sangsues*, la diète et les rafraîchissants. Le cas n'était pas opportun pour l'application de la méthode jugulante : M. Bouillaud s'abstint et la malade mourut (*Gaz. des Hôpitaux*) ! un grain d'émétique aurait suffi peut-être pour la sauver.

De l'angio-leucite.

Les observations de M. Roux tendent à établir que l'inflammation peut affecter isolément, au moins au début; 1° les vaisseaux lymphatiques sous-jacents à l'épiderme; 2° la trame des vaisseaux du même ordre enlacés dans le réseau vasculaire de la peau ; 3° les vaisseaux lymphatiques qui rampent sous le derme; 4° enfin les vaisseaux sous-aponévrotiques ou profonds.—Dans plus de trente cas d'inflammations des lymphatiques, observés par M. Roux, c'était toujours aux membres inférieurs , et bien rarement aux supérieurs, que le mal existait. Dans un cas où il n'a pas trouvé d'altération de la peau capable d'expliquer le point de départ de la phlegmasie, M. Roux croit que la cause était *interne* (*Gaz. méd. de Paris*). Nous croyons que cette cause interne (prédisposition) existe toujours , et que les lésions externes (causes déterminantes) ne font que la mettre en action.

Ophthalmie blennorrhagique.

L'ophthalmie blennorrhagique appartient à la classe des affections *vénériennes non virulentes*. L'application directe de la matière blennorrhagique des organes génitaux sur les yeux, en est la cause la plus fréquente. M. Ricord n'a pu trouver un seul cas, dans lequel on ait pu imputer cette maladie aux émanations morbides des organes génitaux. Rejettant les métastases, il explique la propagation du mal dans l'économie par une diathèse catarrhale et rhumatismale préexistante.—Une ophthalmie catarrhale grave peut d'ailleurs coïncider avec une blennorrhagie génitale, sans avoir, avec elle, aucun rapport de causalité.—M. Ricord conseille la cautérisation avec le nitrate d'argent, dans toutes les phases de l'ophthalmie blennorrhagique, depuis son début, comme méthode abortive, jusqu'à sa terminaison la plus fatale, sans proscrire pour cela, les moyens adjuvants, tels que les sangsues, les saignées coup sur coup, les purgatifs salins, la belladone avec ou sans mercure. M. Ricord n'a point recours au mélange d'onguent mercuriel, *quand la maladie lui paraît franchement catarrhale.*— Il est des circonstances dans lesquelles il ne faut pas hésiter à combattre l'œdème des paupières par de légères mouchetures. — Les exutoires à la nuque ne doivent être employés qu'après la période d'acuité (*Bulletin gén. de thérapeutique*).

Syphilis.

Plusieurs observations en faveur de l'emploi de l'iodure de potassium, dans la syphilis, sont rapportées par M. Seguin. (M. Chomel s'est bien trouvé aussi de l'emploi de ce moyen.) — M. Roussf a guéri, au début, une centaine de malades affectés de blennorrhagie, au moyen des injections chlorurées dans l'urètre, et des pilules de chlorure de chaux, avec l'opium (*Ibidem*).

De l'angine de poitrine.

M. Bouchut, s'appuyant sur l'opinion de Desportes, Jurines, Ch. Beel, Laënnec et Piorry, considère l'angine de poitrine comme une *névrose du cœur,* dont le siége probable est dans les plexus cardiaque et pulmonaire, quelquefois dans le cervical superficiel et le phrénique qui en dépend, s'étendant plus rarement à quelques nerfs du plexus brachial; et cite à l'appui, quelques cas (douteux) d'angine de poitrine. Les lésions anatomiques admises par les Anglais, comme causes de l'angine de poitrine, sont de pures coïncidences. Cette maladie n'est donc pas nécessairement mortelle. Rare avant l'âge de 40 à 50 ans; elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. M. Bouchut a employé avec avantage les antispasmodiques (*Revue méd.*). Nous avons observé deux cas d'angine de poitrine chez des femmes *scrofuleuses* de 25 à 30 ans.

Sciatique.

La pommade de belladone a été employée avec succès par M. Hiriart dans un cas de névralgie sciatique (*Bull. gén. de thérapeut.*).

Éclampsie des femmes enceintes.

Dans l'éclampsie, dit M. Godner, les saignées et les révulsifs sont les seuls moyens que tout praticien doive mettre en œuvre (on va voir pourquoi). Dix-huit cas d'éclampsie se sont présentés à son observation. Il a toujours débuté, selon le précepte, dans le traitement de ces maladies, par les saignées et les révulsifs. Ces moyens ne lui ont pas réussi. *Six fois* seulement ils ont été couronnés de succès, tandis que la rupture des membranes a rarement trompé ses espérances.— Lorsque la version est impraticable, il a recours à l'hystérotomie vaginale. — M. Godner a remarqué que les eaux de l'amnios étaient plus abondantes chez les femmes atteintes d'éclampsie, qu'elles ne le sont d'habitude (*Gaz. des hôpitaux*).

Épilepsie.

M. Simonin prétend avoir guéri une épilepsie par les émissions sanguines et les préparations d'indigo (*Bull. gén. de thérap.*).

Rage.

L'efficacité de la cévadille dans la rage a été constatée par M. Foulhioux (*Revue méd.*).

De la musique dans le traitement de la folie.

On a depuis longtemps cherché à mettre à profit dans le traitement de la folie, l'influence de la musique sur les sens. M. Leuret refait ces expériences avec plus de soins et de constance et tout fait espérer que ses essais ne resteront pas sans résultat (*Gaz. méd. de Paris*).

Emploi des drastiques dans les maladies.

Le *Bulletin général de thérapeutique* relate quelques faits en faveur de la médication purgative. M. Andral a guéri une maladie de la peau par l'usage répété de l'eau-de-vie allemande, drastique dangereux et infidèle.

De l'emploi du nitrate d'argent.

Le nitrate d'argent est à peine arrivé dans l'estomac, qu'il est transformé en chlorure. Ce dernier peut être employé sans danger, à quelque dose

qu'il soit nécessaire. En conséquence, M. Perry propose de remplacer le nitrate par le chlorure d'argent (*Bull. gén. de thérap.*).

IV. CHIRURGIE.

Hernies.

M. Verdier, en publiant une observation d'hernie étranglée, avec engouement de l'intestin, combat l'opinion de M. Malgaigne, qui considère l'engouement de la hernie comme une péritonite herniaire. — Les irrigations d'éther ont été employées avec avantage par M. Vela de Barnos, dans un cas de hernie étranglée. — Les applications réfrigérantes sont utiles, quand les intestins herniés contiennent beaucoup de gaz, lorsqu'il y a plutôt engouement qu'étranglement (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

Tumeurs anévrismales.

Chez un individu présentant à un haut degré une diathèse anévrismale, démontrée par l'existence de deux anévrismes aux membres inférieurs, par celle d'une dilatation de l'aorte et d'une lésion organique du cœur, M. Breschet a employé, avec succès, la compression sur la tumeur, aidée des réfrigérants, et de la compression médiate, au moyen du compresseur de Dupuytren, la diète, les saignées et les purgatifs (*Expérience*).

Varices.

Selon M. Bérard, on peut obtenir la guérison radicale des varices à l'aide du caustique de Vienne (*Gaz. méd. de Paris*).

Pustule maligne.

Un aubergiste, âgé de 52 ans, ayant contracté en dépouillant un agneau, une pustule maligne à la partie supérieure de la première phalange du medius de la main gauche, fut guéri par M. Perpère, au moyen du cautère actuel. (*Trav. de la Soc. de méd. de Toulouse.*)

Maladies des os.

Dans un travail étendu sur les maladies des os, M. Malespine reconnaît que la *prédisposition* joue le principal rôle, dans les maladies du squelette (*Revue médic.*).

Amputation de la jambe.

M. Sédillot a opéré l'amputation de la jambe, par un nouveau procédé

mixte à *lambeau externe*, et a obtenu la guérison en dix-huit jours (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

Appareil inamovible.

M. Begin avait employé avec succès, l'appareil inamovible, à l'aide de bandelettes agglutinatives, dans un cas de plaie contuse à la tête (*Gaz. des hôpitaux*).

Lithotritie.

M. Payan expose le récit de trois opérations de lithotritie, dans lesquelles il s'est servi du brise-pierre de Charrière, dont il fait l'éloge. — M. Civiale, en relatant aussi une opération de lithotritie, insiste sur la nécessité d'introduire des bougies, avant de soumettre les pierreux à cette opération, et appelle de nouveau l'attention des praticiens sur l'état laiteux de la langue chez ces malades (*Gaz. des hôpitaux*).

Dr Jourdain.

Binche, 20 avril 1842.

VARIÉTÉS.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 24 *avril* 1842.

(Présidence de M. Vleminckx).

Sont présents : MM. Broeckx, Brogniez, Burggraeve, Carlier, Craninx, Davreux, De Hemptinne, De Lahaye, De Lavacherie, Delwarte, De Meyer, Evrard, Fallot, Foudrygney, Fossion, François, Frankinet, Gaudy, Graux, Hairion, Hensmans, Janssens, Lebeau, Lombard, Lutens, Mareska, Martens, Michaux, Pasquier, Petry, Raikem, Seutin, Stas, Tallois, Thiernesse, Van Coetsem, Verbeeck, Verheyen, Vleminckx, et Sauveur, secrétaire.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté avec deux légères rectifications demandées par MM. Pasquier et Verheyen.

Communication du Gouvernement.

M. le ministre de l'intérieur informe l'Académie qu'il ne peut être donné suite à la demande qu'elle lui a faite d'obtenir que ses membres puissent correspondre entre eux, en franchise de port.

M. le ministre de l'intérieur transmet :

1° Une ampliation d'un arrêté royal du 26 mars dernier, approuvant le réglement définitif de la compagnie;

2° Une ampliation d'un arrêté royal de la même date, qui fixe à six francs la valeur du jeton académique;

3° Une statistique des décès survenus dans les quartiers sud et ouest de la ville de Liége, pendant l'année 1841, par le docteur Defooz; ainsi que des réflexions de ce même médecin sur le rapport de la Commission chargée par la compagnie de la rédaction du réglement sur les inhumations. (Le bureau a transmis ces pièces au rapporteur de cette Commission.)

M. le ministre de l'intérieur rappelle à l'Académie l'avis qu'il lui a demandé, au mois d'octobre dernier, concernant les travaux auxquels les enfants sont employés dans les usines et manufactures de notre pays. (Communication de cette lettre a été donnée par le bureau, au rapporteur de la Commission chargée du travail demandé par M. le ministre.)

Correspondance.

Le conseil central de salubrité publique de Bruxelles demande à faire un échange de ses publications avec celles de l'Académie.

MM. Evrard et Bellefroid remercient la compagnie de leur nomination en qualité de membres adjoints de la 6e section.

M. le docteur Placide Portal, de *Palerme*, se porte comme candidat à l'une des places de membres correspondants.

Communications manuscrites.

Statistique des décès de la ville de Liége, pendant le premier trimestre de l'année courante, par le docteur De Fooz. (Renvoi à la Commission du réglement sur les inhumations.)

Ouvrages présentés.

L'Académie reçoit :

De la part de M. le docteur Portal, de *Palerme*, son ouvrage intitulé : *Sull ernie osservazioni; Napoli*, 1842.

De la part de M. le docteur Lequime :

Le deuxième cahier des *Archives de la médecine belge*, et des *Annales de la médecine belge et étrangère*, pour l'année 1842.

De la part de M. le docteur Jaques, d'Anvers.

Études sur la syphilis; Anvers, 1842.

De la part de M. le docteur Gouzée :

De l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge et des moyens d'arrêter la propagation de cette maladie ; Bruxelles, 1842.

De la part de M. le docteur Rieken :

Les numéros 1 à 5 du recueil intitulé : *Medicinisch Correspondenz-Blatt bayerischer aertz ;* Erlangen, 1842.

De la part du conseil central de salubrité publique de Bruxelles :

Le tome 1er de ses *Annales ;* Bruxelles, 1841.

Projet de réglement sur la prostitution ; Bruxelles, 1838.

Manuel d'hygiène populaire, publié par ce conseil ; Bruxelles, 1841.

De la part de M. le docteur Martens, membre de la compagnie :

Notice sur la vie et les ouvrages de H. J. Rega ; Louvain, 1840.

Notices sur S. A. Devillers et J. P. Favelet, docteurs et professeurs en médecine à l'ancienne université de Louvain.

De la part de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles :

Le quatrième numéro de ses Bulletins, pour l'année 1842.

De la part de M. le docteur Hoebeke :

Mémoires et observations pratiques de chirurgie et d'obstétricie ; Bruxelles, 1840.

Essai sur les hydropisies des organes de la génération chez la femme ; Bruxelles, 1840.

Considérations sur la rétention du placenta après l'accouchement ; Bruxelles, 1841.

Tableau synoptique des anomalies et des monstruosités chez l'homme et les animaux.

De la part de la Société de médecine d'Anvers.

Les trois premiers cahiers de ses Annales, pour l'année 1842.

Rapports.

M. Hensmans dépose sur le bureau le rapport de la 5e section relatif aux propositions que M. le commissaire du service de santé civil a faites au gouvernement, concernant la police et la vente des bonbons et des jouets d'enfants coloriés avec des substances vénéneuses. M. le président annonce que la délibération sur ce rapport sera mise à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances.

M. De Lahaye dépose également le rapport de la quatrième section qui a été chargée de l'examen des considérations médico-légales de M. le docteur Mascart sur le raccourcissement de la plante des pieds.

M. Fallot demande la lecture des conclusions de ce rapport ; elle est faite par le secrétaire.

Élections.

L'Académie décide, sur la demande de plusieurs de ses membres, qu'elle passera immédiatement à l'élection des membres adjoints qui doivent compléter la quatrième section.

M. Vleminckx, rapporteur de la section, cède le fauteuil de la présidence à M. Graux, pour donner lecture de son rapport. Les candidats présentés sont :

Pour la première place :

M. De Merssman, docteur en médecine, à Bruges;
M. Vandenbroek, fils, docteur en médecine, à Mons;
M. Verté, docteur en médecine, à Bruges.

Pour la deuxième place :

M. Matthysens, docteur en médecine, à Anvers;
M. Sovet, docteur en médecine, à Beaurain;
M. Mascart, docteur en médecine, à Ohain.

Pour la troisième place :

M. Marinus, docteur en médecine, à Bruxelles;
M. Van Berchem, docteur en médecine, à Willebroek;
M. Hubert, docteur en médecine, à Louvain.

Cette liste ayant été admise au scrutin secret, M. le président déclare qu'il va être procédé à l'élection du premier membre.

31 membres répondent à l'appel nominal fait par le secrétaire.

Majorité absolue 17.

M. De Merssman obtient 27 voix.
M. Verté, 2 voix.
MM. Van Berchem et Matthysens, chacun une voix.

M. De Merssman ayant obtenu la majorité des suffrages, M. le président le proclame membre adjoint de la quatrième section.

32 membres prennent part au scrutin ouvert pour la nomination du deuxième membre.

Majorité absolue 17.

M. Mascart obtient 17 voix.
M. Matthysens » 9 »
M. Sovet » 5 »
Un billet blanc est trouvé dans l'urne.

M. Mascart ayant réunit la majorité des suffrages, M. le président le proclame membre adjoint de la 4e section.

Le résultat du scrutin ouvert pour l'élection du troisième membre donne, savoir :

15 voix à M. Marinus.
15 » à M. Hubert.
2 » à M. Van Berchem.

Aucun des membres ne réunissant la majorité absolue des suffrages, il est passé à un second tour de scrutin.

M. Marinus obtient 17 voix.
M. Hubert » 14 »
Un billet blanc est trouvé dans l'urne.

32 membres ayant pris part au vote, et la majorité absolue étant de 17, M. Marinus est proclamé membre adjoint de la quatrième section.

M. Vleminckx reprend sa place au fauteuil de la présidence et invite la deuxième section à se constituer pour les présentations à faire à la compagnie, pour l'élection des membres adjoints destinés à la compléter.

DÉLIBÉRATIONS.

Question des prix.

L'ordre du jour appelle l'examen du rapport de la Commission chargée du choix des questions à mettre au concours, en exécution de l'art. 18 des Statuts organiques de la compagnie.

Le rapport de cette Commission ayant été imprimé et distribué, M. Fallot demande la parole pour exprimer, au nom de ces collègues de la Commission, le désir que la valeur des prix à attacher à chacune des questions puisse être augmentée.

M. le président annonce que M. le ministre de l'intérieur propose d'accorder une somme de mille francs pour les prix du concours de 1843, et que cette somme pourra être majorée si l'Académie la juge insuffisante.

Les questions proposées par la Commission sont les suivantes :

1er *Question.*

« Faites connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent sur la santé et la longévité, et indiquez les moyens de la neutraliser, en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène, tant publiques que privées. »

2me *Question.*

« Faites l'histoire de la chlorose, de l'anémie et de la chloro-anémie; établissez par des faits cliniques, et, si faire se peut, par des expériences et des analyses chimiques, leurs caractères pathognomoniques et différentiels, ainsi que les symptômes qui distinguent ces maladies des affections organiques ou dynamiques qui peuvent les simuler.

3me *Question.*

« Quelle a été, jusqu'à ce jour, l'influence réciproque de la médecine humaine sur la médecine vétérinaire, et de celle-ci sur la marche ascensionnelle de la première. »

Après cette lecture, M. le président déclare la délibération ouverte sur l'ensemble des propositions de la Commission.

M. Raikem demande la parole sur la première question et motive, en peu de mots, un amendement par lequel il propose de remplacer le mot « *longévité* », par ceux-ci « *durée de la vie.* »

La prise en considération de cet amendement est mise aux voix et unanimement adoptée.

M. Martens propose ensuite de réduire la première partie de la question en ces termes : « Faites connaître l'influence que les marais et les *Polders* exercent, en Belgique, sur la santé et sur la durée de la vie. »

Après une discussion dans laquelle MM. Fallot, Van Coetsem, Stas et François émettent des opinions diverses sur la position de la question, M. Sauveur appuie la rédaction proposée par M. Martens, en demandant l'addition des mots : « *et dans les pays limitrophes.* »

M. François parle en faveur de cet amendement qui est combattu par MM. Fallot et De Lahaye, membres de la Commission.

La discussion ayant été close, l'amendement de M. Martens est mis aux voix et rejeté.

Celui de M. Sauveur est adopté avec l'addition du mot *spécialement*, proposée par M. De Lahaye. M. Fallot déclare se rallier à cette rédaction.

Par suite de l'adoption de ces amendements, la question est ainsi conçue :

« Faites connaître l'influence que les marais et les polders exercent spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie; indiquez les moyens de neutraliser cette influence en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène, tant publiques que privées. »

La délibération est ensuite ouverte sur la deuxième question.

M. Lombard obtient la parole pour développer un amendement par lequel il propose de supprimer de la question le mot *chloro-anémie*. Cet amendement est mis aux voix et adopté, après avoir été combattu par MM. Craninx et Fallot, et appuyé par M. Martens.

La question est définitivement adoptée en ces termes :

« Faites l'histoire de la chlorose et de l'anémie; établissez par des faits cliniques, et, autant que possible, par des expériences et des analyses chimiques, les caractères pathognomoniques et différentiels de ces maladies, ainsi que les symptômes qui les distinguent des affections organiques ou dynamiques qui peuvent les simuler. »

La délibération s'établit alors sur la troisième question.

M. Vleminckx ayant proposé de remplacer les mots « *médecine humaine* » par ceux-ci : « *la médecine et la chirurgie humaines* » cette question est adoptée avec la rédaction suivante :

« Quelle a été, jusqu'à ce jour, l'influence réciproque de la médecine et de la chirurgie humaines sur la médecine et sur la chirurgie vétérinaires, et de celles-ci sur la marche ascensionnelle des deux premières. »

Après ces délibérations, l'assemblée décide, sur les motions de MM. François et Sauveur, que le prix pour la première question sera de 800 francs que ceux à attacher aux deux dernières seront de 500 francs.

L'assemblée décide également, après un débat auquel plusieurs membres prennent part, que les mémoires du concours devront être écrits en latin ou en français et être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er juin 1843, le jugement à porter sur les mémoires devant être prononcé dans la séance publique de la même année.

Projet de loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire.

L'ordre du jour est la continuation de la discussion sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine vétérinaire.

La parole ayant été accordée à M. Sauveur, ce membre développe les mo-

ifs des dispositions suivantes qu'il présente comme amendement au projet en discussion.

1. Nul ne peut pratiquer la médecine vétérinaire en Belgique, s'il n'a été reçu médecin vétérinaire de la manière déterminée par la loi.

Sont exceptés de cette disposition :

1° Les belges actuellement munis d'un titre de réception qui leur donne le droit d'exercer dans les pays où ils les ont obtenus.

2° Les belges qui exercent actuellement sans avoir été reçus, et qui feront preuve de connaissances pratiques suffisantes en subissant un examen, dont les formes seront déterminées par un réglement d'administration publique.

Le gouvernement peut accorder des dispenses aux vétérinaires étrangers munis d'un diplôme, sur un avis conforme du jury d'examen.

2. Les Commissions médicales provinciales sont chargées de vérifier les titres de tous ceux qui exercent la médecine vétérinaire dans leur ressort. A cet effet, les vétérinaires sont tenus de représenter à ces Commissions, les diplômes ou certificats en vertu desquels ils pratiquent leur art.

3. Les députations permanentes des conseils provinciaux, feront imprimer et publier, au mois de janvier de chaque année, les listes des vétérinaires qui sont établis dans leur province. Ces listes seront dressées par les Commissions médicales provinciales : elle contiendront les noms et prénoms des vétérinaires, le lieu de leur résidence, les dates de leur réception et le grade ou la distinction que leur donne le titre en vertu duquel ils exercent.

4. Six mois après la publication de la présente loi, tout individu qui continuerait d'exercer la médecine vétérinaire sans être sur les listes dont il vient d'être parlé, et sans avoir de diplôme, de certificat ou de lettres de réception dûment visés, sera poursuivi et condamné à une amende de 25 à 0 francs. L'amende sera doublée, en cas de récidive, et le délinquant pourra, en outre, être condamné à une détention qui n'excédera pas un mois.

5. Le cumul ou exercice simultané de la médecine vétérinaire et de la pharmacie sont interdits. Cependant, les vétérinaires établis dans les communes ou il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, ont la faculté de fournir dans ces localités et autres qui se trouveraient dans le même cas, les médicaments nécessaires pour les animaux malades qu'ils seraient appelés à traiter, mais sans avoir le droit de tenir, officine ouverte.

Les vétérinaires qui, en dehors de ces conditions, auraient distribué, ou vendu des médicaments ou des préparations pharmaceutiques quelconques, seront passibles des peines prononcées contre l'exercice illégal de la pharmacie.

6. Le ministre de l'intérieur arrêtera, après avoir entendu l'Académie royale de médecine, la liste des médicaments que les vétérinaires dont il est parlé à l'article précédent, devront avoir dans leur officine. Ces médicaments devront s'y trouver, en tout temps, en bon état et en quantité convenable, sous peine d'une amende de cinq francs pour chaque objet manquant, détérioré ou falsifié L'amende sera double pour chaque récidive.

7. Les vétérinaires transcriront journellement de leur propre main et en toutes lettres, sur un registre à ce destiné, les prescriptions qu'ils auront préparées. Les noms et la résidence des propriétaires des animaux pour lesquels ces prescriptions auront été faites seront inscrits en regard de chacune d'elles.

Les membres des Commissions médicales provinciales, chargés de la surveillance des officines, parapheront et viseront les registres à chaque visite.

8. Il ne peut être pris ni délivré aucun brevet d'invention pour remèdes ou médicaments à l'usage de la médecine vétérinaire.

9. Les dispositions des décrêts des 25 prairial an XIII (14 juin 1805) et 18 août 1810, sont rendues applicables aux remèdes secrets concernant la médecine vétérinaire.

Les peines portées par la loi du 29 pluviose an XIII (18 février 1805), seront également applicables en cas de dépôt, distribution, mise en vente et débit de ces remèdes.

10. Nul ne peut annoncer par affiches, circulaires, prospectus ou de toute autre manière, aucun médicament quelconque, aucun traité ou traitement médical, ayant pour but le débit ou la vente de remèdes ou de médicaments pour l'usage de la médecine vétérinaire.

Toute infraction à ces dispositions, sera punie d'une amende de 25 à 50 francs, et, en outre, en cas de récidive, d'une détention de trois jours au moins et de dix au plus.

11. La surveillance et la visite des officines des vétérinaires sont confiées aux Commissions médicales provinciales.

Les visites auront lieu au moins une fois par an, dans toutes les officines. Elles devront être faites inopinément à des époques variables de l'année par deux membres des dites Commissions dont un pharmacien, assistés du bourgmestre de la commune ou de tout autre officier judiciaire.

12. Les procès-verbaux de ces visites seront dressés et signés dans l'officine même. Les vétérinaires ont le droit, sur leur demande, d'obtenir une copie de ces procès-verbaux.

13. Les médicaments falsifiés, détériorés ou mal préparés, seront saisis immédiatement et transmis, sous cachet, à la Commission médicale provinciale, pour être procédé contre les délinquants, conformément aux dispositions de l'art. 6 ci-dessus.

14. Les substances vénéneuses que les vétérinaires auront dans leur officine, devront être tenues dans des lieux sûrs et fermés, dont ils auront seuls la clef. Les boîtes ou bocaux servant à la conservation de chacune de ces substances porteront une étiquette, sur laquelle les noms de ces substances seront inscrits en caractères très-lisibles, avec les mots : *poison violent.*

15. Les dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 8 avril 1821, relatives aux balances et aux poids des pharmaciens, sont rendues applicables aux balances et aux poids que les vétérinaires doivent avoir dans leur officine.

16. Les balances, les poids et les vases qui serviront à peser et à préparer les substances et compositions vénéneuses, seront marqués d'un signe distinctif et ne pourront être employés à aucun autre usage.

17. Les infractions aux dispositions des articles 7, 14, 15 et 16 ci-dessus seront punies d'une amende de 15 à 25 francs. L'amende sera double en cas de récidive.

18. Les vétérinaires doivent, sous les mêmes peines, pouvoir représenter en tout temps et en bon état, aux membres des Commissions médicales provinciales à ce délégués, les instruments et appareils dont la liste leur sera rémise par les soins de ces Commissions. Cette liste sera dressée par l'Académie royale de médecine et approuvée par M. le ministre de l'intérieur.

19. Les vétérinaires ne pourront, sous aucun prétexte, se soustraire aux visites auxquelles ils sont soumis par les articles 11 et 17 ci-dessus, sous peine d'une amende de 50 à 100 francs, laquelle sera double en cas de récidive.

Après cette communication M. Lombard se lève pour demander à la compagnie de suspendre la discussion et de renvoyer le projet de M. Sauveur à l'examen de la 6e section.

Cette proposition est adoptée, après un léger débat, dans lequel MM. Fallot, Sauveur, Verheyen et Thiernesse ont été successivement entendus.

Réglement sur les inhumations.

M. le président annonce que l'ordre du jour appelle la délibération sur le rapport de la Commission du réglement sur la police des inhumations; mais, qu'en l'absence du rapporteur de cette Commission, il croit devoir se borner à demander l'examen du tableau qui doit servir de modèle au registre à tenir dans les hôpitaux civils et militaires, les prisons, les établissements de bienfaisance, etc., en vue de recueillir une partie des renseignements nécessaires à la confection d'une statistique médicale du royaume.

MM. Fallot, Van Coetsem et Lombard sont successivement entendus sur ce travail, qui est adopté sans aucun changement. Cette résolution sera communiquée à M. le ministre de l'intérieur.

M. le président, annonce ensuite que le projet de réglement sur les inhumations sera mis de nouveau à l'ordre du jour de la prochaine séance; il invite, en même temps, les membres qui auraient des amendements à presenter sur ce projet, à les faire parvenir au bureau avant le 15 mai prochain, ces amendements devant être imprimés et distribués dans le plus court délai possible.

Dépôt d'un rapport.

M. Stas dépose sur le bureau le rapport de la Commission des correspondants. L'assemblée décide, sur la demande de M. Fallot, que ce rapport sera imprimé et distribué avant la prochaine séance.

M. le président donne lecture d'une lettre par laquelle M. le docteur Hoebeke annonce son prochain départ pour le Brésil où il va se fixer. Ce

médecin offre en même temps ses services à la compagnie pour les renseignements et les recherches dont elle voudrait le charger.

L'assemblée confie au bureau le soin de remercier M. Hoebeke et de nommer une Commission de trois membres qui sera chargée d'indiquer les points sur lesquels M. Hoebeke sera prié de recueillir des renseignements.

M. le président annonce que M. le docteur Sovet, de Beauraing, a transmis à la compagnie un nouveau *stéthoscope* de son invention. L'assemblée décide que cet instrument sera soumis à l'examen de la deuxième section.

L'Académie fixe sa prochaine séance au 28 mai prochain, à midi.

La séance est levée à midi et demi.

EXTRAIT DU BULLETIN DES SÉANCES

DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

SÉANCE DU 7 MARS 1842.

Président, M. Meisser.

En l'absence de M. Marinus, M. Joly, secrétaire-adjoint remplit les fonctions de secrétaire.

Ouvrages présentés.

1° Annuaire de l'Académie des sciences et Belles-Lettres de Bruxelles année 1841 et 1842, 2 vol. in-8°.

2° Nederlandsch Lancet (n° de janvier 1842).

3° Annales de la Société de médecine d'Anvers (feuille 38 et table de l'année 1841).

4° Journal de médecine de Lyon (janvier 1842).

5° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles (n°s 1 et 2, tome IX).

6° Annales de Gynécologie et de Pédiatrique (janvier 1842).

7° Medicinissches Correspondenz-Blatt Bayerischer Aerzte Erlangen, rédacteur docteur Eichhorn (cinq numéros).

8° Gazette médicale de Montpellier (nos 27 à 33. — Janvier et février 1842).

9° L'Examinateur médical, janvier et février (six numéros, 3 à 8).

10° Lancette française, Gazette des Hôpitaux (nos 17 à 28).

11° Journal des Connaissances médico-chirurgicales (février et mars, 2 livraisons) et l'atlas des planches du dit journal, 2e semestre, 1er janvier 1842.

12° L'Académie royale de médecine, par l'organe de son secrétaire, accuse réception de la collection des travaux de la Societé, et accepte l'offre d'échanger réciproquement les publications des deux Sociétés.

Communications et rapports.

13° M. Nollet dépose sur le bureau un mémoire sur les phénomènes électriques et magnétiques, etc. — Une Commission composée de M. Stas, rapporteur, Leroy et Meisser commissaires, examinera ce travail.

14° M. Daumerie a la parole pour lire son rapport sur le mémoire du docteur Debourges de Rollot, intitulé : *Compte-rendu de quelques observations médicales*. M. Leroy complète ce rapport par quelques recherches sur la formation de l'ergot de seigle et sur la question botanique que ce champignon soulève. A propos du moyen préconisé par l'auteur pour la guérison des hydropisies, M. Daumerie rapporte que dans les campagnes où il a pratiqué, il a vu employer avec beaucoup de succès, par bon nombre de paysans, un remède composé avec l'écorce de sureau dépouillée préalablement de son épiderme, pilée ensuite et dont on exprimait le jus; on le donnait aux malades mêlé avec du vin blanc; il a vu très-souvent ce remède produire d'excellents effets.

M. Bigot confirme cette assertion, et dit avoir vu également employer à la campagne ce même remède dans des hydropisies rebelles à tous autres moyens.

M. Joly dit qu'il faut avant tout tenir compte des causes qui ont déterminé l'hydropisie, si celle-ci dépend d'une affection organique profonde, tous les remèdes ne feront rien, tant que cette cause qui ordinairement produit un obstacle à la circulation, continuera à subsister; dans d'autres cas, il a vu souvent la préparation suivante produire d'excellents effets. Crème de tartre ℥i, poudre purgative ʒi; oximel scillitique q. s. pour faire un électuaire, à prendre par cuillerées à café. Cette composition produit d'abondantes évacuations liquides; la recette est du professeur Van Mons père.

M. Rieken fait connaître une composition allemande dans laquelle entrent la crème de tartre, le calomel, la digitale etc., qu'il assure être très-efficace.

M. Daumerie assure que, nonobstant des engorgements considérables dans l'abdomen observés par lui sur un malade, il a vu la préparation des campagnards réussir complétement. — Après une discussion sur différents points de ce mémoire, et à laquelle prennent part MM. Bigot Langlet, Seu-

tin, Joly et Rieken, l'assemblée en vote l'impression ainsi que celle du rapport, et confère au docteur Debourges le titre de membre correspondant.

15° M. Bigot fait un rapport sur une thèse inaugurale de M. Charles-Auguste Neubert, de Leipzig, bachelier en médecine, intitulée : *Des maladies épidémiques, de leurs signes et de leurs causes.* Le rapporteur combat plusieurs idées émises par l'auteur sur certaines causes d'épidémies, et sur leur peu de fondement, il termine en concluant au dépôt honorable de cet opuscule dans la bibliothèque.

M. Seutin demande la parole : dans l'analyse que M. Bigot vient de faire de cette thèse, dit-il, j'ai remarqué une assertion juste au fond, mais dont l'auteur explique erronément la production en la considérant comme le résultat d'une contagion médiate. Je veux parler des affections syphilitiques de la peau dont il assure que des villages entiers sont atteints en Allemagne. J'ai, pour mon compte, observé la même chose pendant nos campagnes d'Allemagne, et cette infection syphilitique avait particulièrement lieu à la suite du passage ou du cantonnement de nos armées, j'ai pu remarquer alors un grand nombre de villageois, femmes et enfants, atteints de pustules syphilitiques, de syphilides et souvent d'ulcères à la gorge; ces malheureux ignoraient la source et la nature de leur maladie, laquelle leur avait évidemment été communiquée par nos soldats infectés, et transmis ensuite à leur famille. Il y a quelque temps, j'eus encore l'occasion d'observer le même fait, à Alsemberg village à deux lieues de Bruxelles, un grand nombre de campagnards étaient infectés du même mal et en ignoraient la nature et la source; j'en comptai 52 atteints de divers symptômes syphilitiques; les recherches que je fis pour connaître la cause de cette sorte d'épidémie de syphilis, m'apprirent que presque toutes les femmes accouchées employaient un jeune garçon de 17 à 18 ans (enfant de la patrie) pour sucer et dégorger leurs seins, lors de l'engorgement laiteux de ces organes; ce jeune homme avait acquis pour ces fonctions, une certaine réputation qui le faisait préférer. L'ayant examiné je me convainquis qu'il portait des ulcères syphilitiques dans la bouche et la gorge, et un ozène de même nature; aussi la plupart des femmes avaient des ulcères aux mamelons et transmettaient ainsi la syphilis à leurs enfants. A l'occasion de ces faits de contagion, M. Seutin prétend contradictoirement avec le docteur Ricord que la pustule consécutive et les autres symptômes sont encore propres à communiquer la maladie vénérienne.

M. Langlet, à propos des constitutions atmosphériques, pense que l'influence de l'atmosphère joue un grand rôle dans les effets produits par les médicaments, ainsi, dit-il, le tartre stibié dont l'efficacité est reconnue dans les pneumonies échoue quelquefois avec une certaine persistance dans les mêmes maladies.

M. Daumerie pense que c'est plutôt le génie spécial de la maladie qui cause ces différences.

MM. Bigot et Joly sont du même avis.

16° M. Meisser lit un rapport sur un ouvrage hollandais du docteur Kerst d'Utrecht, intitulé : *Heelkundige mengelingen;* parmi les divers faits de pratique médicale cités par l'auteur, le rapporteur signale particulièrement un cas d'otalgie survenu brusquement chez un soldat qui avait

passé la nuit au grand air, cette affection après avoir résisté à plusieurs moyens entraîna la mort du malade. On découvrit à l'autopsie, outre la destruction du tympan et des osselets de l'ouïe, une ulcération des méninges, et une altération du pont de varole.

M. Daumerie cite un fait analogue, où la mort fut aussi surprenante qu'instantanée, après une amélioration marquée dans l'état du malade.

MM. Seutin et Bigot rapportent des faits semblables.

Le rapporteur conclut à l'admission du docteur Kerst au nombre des membres correspondants, l'assemblée vote l'impression du rapport et adopte ses conclusions.

La séance est levée à 8 heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'OPHTHALMIE QUI RÈGNE DANS L'ARMÉE BELGE ET DES MOYENS D'ARRÊTER LA PROPAGATION DE CETTE MALADIE DANS TOUTE AGGLOMÉRATION D'INDIVIDUS; par H. P. Gouzée, D. M., médecin principal de l'armée, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier des ordres de Léopold et de la Légion-d'Honneur, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc., etc., etc. Bruxelles, 1842, 1 vol. in-8°.

Nous avons reproduit dans notre cahier de mai 1841, l'analyse qui a été faite de ce mémoire par la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, et qui a valu à son auteur une médaille d'or de 400 francs; nous renvoyons donc nos lecteurs à cet examen qui leur donnera une idée du mérite qui distingue le travail de M. le docteur Gouzée.

Cet ouvrage fut terminé en 1838; depuis cette époque de nouveaux essais tentés en grand et le zèle infatigable et éclairé de plusieurs médecins militaires de notre armée (1) ont enrichi cette partie de la science ophthalmologique de nouvelles connaissances et de perfectionnements dont notre pays peut, à juste titre, revendiquer l'honneur; c'est dans le but de mettre cet ouvrage au niveau des connaissances actuelles que M. le docteur Gouzée a eu l'heureuse idée d'ajouter un appendice à son mémoire et d'en former un volume que tous les médecins liront avec un vif intérêt; nous allons examiner brièvement cet appendice.

(1) Parmi lesquels nous pouvons citer l'auteur lui-même.

Déjà en 1824, M. Gouzée avait exprimé, dans une lettre adressée à M. l'inspecteur-général du service de santé à La Haye, son opinion sur l'existence des foyers d'infection et sur la contagion miasmatique de l'ophthalmie de l'armée ; il admettait que cette maladie s'était maintenue dans l'armée tant par la disposition de certaines parties du vêtement, que par les foyers d'infection; il prouve que les granulations palpébrales se propagent par voie miasmatique, que l'ophthalmie ne se reproduit pas par l'intermédiaire des locaux ou des objets soupçonnés d'en récéler le miasme, sur des hommes nouveaux, en l'absence de ceux qui ont produit l'infection; il signale les cicatrices de la variole comme prédisposant particulièrement aux granulations et les rendant plus rebelles ; il croit nécessaire de distinguer les granulés des ophthalmiques ; l'auteur admet que l'état granuleux des paupières répandu dans les armées européennes est originaire d'Égypte; il croit aussi, que bien qu'éteint, le fléau pourrait encore se reproduire dans l'armée.

Selon lui, la grippe, la rougeole et les ophthalmies catarrhales exercent une influence sur le développement et l'extension des granulations ; l'auteur décrit ensuite les replis oculo-palpébraux qui se remarquent chez les granulés, donne l'historique des altérations granuleuses depuis Celse, Galien, etc., jusqu'à nos jours ; dépeint l'ophthalmie pustuleuse ou vésiculeuse, les différences de l'ophthalmie règnante avec l'ophthalmie catarrhale sporadique par les granulations vésiculaires ; l'auteur entre après cela dans plusieurs développements : l'ophthalmie purulente et l'ophthalmie gonorrhoïque exigent l'exploration de l'orifice urétral ; il existe des altérations du sang chez les sujets affectés d'ophthalmie purulente ; dans le traitement de l'ophthalmie, il faut avoir égard aux constitutions épidémiques ; quelles doivent être les modifications dans le traitement de l'ophthalmie aiguë purulente et dans celui des granulations palpébrales ; l'ouvrage est terminé par l'examen des mesures prises par le gouvernement en 1834 et 1840 contre l'ophthalmie ; le dernier chapitre résume les conditions nécessaires à la prompte extinction de l'ophthalmie dans l'armée.

Quelqu'imparfaite que soit cette courte analyse, elle donnera une idée de l'étendue des matières embrassées dans l'ouvrage de M. le docteur Gouzée ; nous ne nous appesantirons pas sur le talent de l'auteur comme médecin et comme écrivain ; la question est résolue depuis longtemps.

(Rédact.)

TRAITÉ DE JURISPRUDENCE MÉDICALE, tendant à organiser les différentes branches de l'art de guérir, accompagné de la réfutation des erreurs et injustices contenues dans le projet de loi des praticiens de Bruxelles, par MM. A. Lepoutre et L. Petit, praticiens de campagne, le premier à Poperinghe, l'autre à Watou, membres du Comité de la Flandre Occidentale, constitué à Ypres, ouvrage contenant un grand nombre d'observations neuves, concernant le charlatanisme, la pratique et la philosophie médicales, et un aperçu du traitement à l'eau froide, (système Priesnitz). Lille 1841.

La partie de cet opuscule relative à l'Académie de médecine a été supprimée, puisque cette institution vient d'être créée en Belgique.

Les auteurs émettent l'opinion que les mesures proposées par la Commission établie à Bruxelles pour la réformation des lois médicales doivent être rejetées; ils attribuent principalement les causes de la gêne et de la déconsidération qui attristent la plupart des praticiens, à la vogue des médicastres et des remèdes secrets ainsi qu'à l'incurie de la police ; ils rejettent les Commissions médicales pour les remplacer par des Chambres ou Conseils médicaux de district; les membres appelés à y siéger, seraient choisis par l'élection et à leur tour ils éliraient ceux des conseils provinciaux; suivent l'organisation de ces conseils, leurs attributions, leur budjet, etc., elles seraient, en même temps, autorités disciplinaires. L'opportunité de la création de docteurs-pharmaciens-légistes est examinée par les auteurs et résolue par l'affirmative; puis vient un examen approfondi des diverses branches de l'art de guérir; les docteurs en médecine et en chirurgie, les docteurs en accouchements, les sages-femmes et les élèves en accouchements, les docteurs en pharmacie, les élèves, la vente des substances médicinales et chimiques sont tour à tour passés en revue, et les articles qui concernent chacune de ces spécialités sont envisagés sous tous leurs rapports : les remèdes secrets sont justement flétris, on démontre toute l'immoralité de ce trafic honteux, le danger qui résulte de leur libre circulation dans le public et l'élévation de l'impôt qu'on perçoit sur la crédulité : la doctrine de Priesnitz y est discutée, dépouillée de son merveilleux et rangée tout simplement au nombre des agents thérapeutiques dont tout médecin instruit sait user avec discernement et seulement dans certains cas donnés ; quelques pages sont consacrées à établir les dispositions pénales, à pourvoir au sort des praticiens, à la formation de tarifs, etc.

L'ouvrage est terminé par un projet de loi dont nous nous bornerons à donner le sommaire.

PROJET DE LOI.

TITRE Ier. — DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

TITRE II. — DE LA POLICE MÉDICALE. — CHAPITRE PREMIER. *Des Chambres médicales.* — SECTION PREMIÈRE. Dispositions générales. —

SECTION DEUXIÈME. Attributions des chambres médicales provinciales. — SECTION TROISIÈME. Attributions des chambres médicales de district. — SECTION QUATRIÈME. Pénalités disciplinaires. — CHAPITRE DEUXIÈME. *Des docteurs-pharmaciens-légistes.*

TITRE III. — DES DIFFÉRENTES BRANCHES DE L'ART DE GUÉRIR.— CHAPITRE PREMIER. *Dispositions générales.*--CHAPITRE DEUXIÈME. *Dispositions spéciales.*—§ 1. Du docteur en médecine. — § 2. Du docteur en chirurgie. —§ 3. Du docteur en accouchements.— § 4. Des sages-femmes. — § 5. Des élèves en accouchements. — § 6. Des docteurs en pharmacie. — § 7. Des élèves en pharmacie. — § 8. De la vente publique des substances médicinales et chimiques. — § 9. Des remèdes secrets. — § 10. Des pénalités contre l'exercice illégal de l'art de guérir.

TITRE IV. — DU SORT DES PRATICIENS ET DES MALADES PAUVRES. CHAPITRE PREMIER. *Des praticiens.* — § 1. Des exemptions à leur accorder. — § 2. Caisse de secours. — CHAPITRE DEUXIÈME. *Du traitement des malades au bureau de bienfaisance.*—CHAPITRE TROISIÈME. *Vaccine.*

TITRE V. — LISTES DES INSTRUMENTS ET DES MÉDICAMENTS OBLIGATOIRES, TARIFS ET DISPOSITIONS TRANSITOIRES. — CHAPITRE PREMIER. *Listes obligatoires.*—CHAPITRE DEUXIÈME. *Tarif des honoraires.* —Tarif des opérations chirurgicales, des déplacements, des frais de justice criminelle. — CHAPITRE TROISIÈME. *Dispositions transitoires.* — § 1. Règles générales. — § 2. Du chirurgien de ville. — § 3. De l'officier de santé ou chirurgien de campagne. — § 4. Des accoucheurs. — § 5. Des pharmaciens non docteurs.

En résumé cet ouvrage contient d'excellentes vues et fait honneur à ses auteurs pour le zèle qu'ils ont mis à jeter du jour sur une des parties les plus intéressantes de l'art de guérir.

Désormais c'est à l'Académie qu'il appartient d'apprécier jusqu'à quel point le projet de MM. Lepoutre et Petit est susceptible d'être adopté par notre législation.

(RÉDACT.).

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE SEPTIÈME VOLUME DES ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Pages.

Académie royale de médecine de Belgique. 116, 231, 236, 360, 366, 437

Accouchement (Observation d') présentation de la face convertie en une présentation du sommet de la tête; par J.-F. Matthyssens. 371

Acide hippurique (De l') et de ses réactifs. 203

Air atmosphérique (De l'). 430

Aliénés (Hospice des) de l'hôpital Saint-Jean. Service de MM. Vancutsem et A. Uytterhoeven. 394

Analyse de l'ouvrage intitulé : Ueber die Unsicherheit der Erkenntniss des erloschenen Lebens. Nebst Vorschlaegen zur Abhülfe eines dringenden Bedürfnisses fur Staat und familie. Von Michael Benedict Lessing. 397

Ascite (Observation d'une) opération de la paracentèse, sortie d'un liquide d'un aspect laiteux; par F.-L. Van Camp. 380

Astragale (Extirpation de l'); par le docteur Heidenreich. 428

Avortement (mémoire sur l'); par J.-P. Hoebeke. 102, 324, 414

Brûlure (Observation d'un cas de); par le docteur J. Leva. 377

Cachexie scorbutique (Observation de) imitant la cyanose; par le docteur Joly. 5

Calomel (De l'administration de fortes doses de) dans le typhus abdominal. 427

Cabinet d'anatomie pathologique (Catalogue analytique du) fondé à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles. 90, 164, 310, 402

Compression (De la), son mode d'action et sa valeur thérapeutique; par E. Thirion, de Namur. 247

Compte-rendu de quelques observations médicales; par J.-B. Debourge. 251

Compte-rendu de la clinique chirurgicale du docteur A. Uytterhoeven, pendant le premier trimestre de l'année 1842; par M. Rossignol. 383

Contusion du côté gauche du thorax et de la région lombaire.—Péricardite aiguë et myélite légère.—Émissions sanguines coup sur coup.—Frictions mercurielles à haute dose.—Guérison; par le docteur Sovet. 372

Coqueluche (Thérapeutique de la); par Jourdain. 140

Corps étrangers des articulations (Note extraite de nouvelles considérations sur les); par M. Pétrequin. 39

Crampe des écrivains (De la) (spasmus habitualis musculi flexoris pollicis longi) et de son traitement par la ténotomie. 426

Dyssenterie (Thérapeutique de la). 144

Exploration physique de la poitrine (De l') chez les miliciens, et d'une nouvelle méthode de mensuration de cette cavité. 420

Hôpital St-Pierre (Compte-rendu de la clinique chirurgicale du docteur Seutin à l') pendant le dernier trimestre de l'année 1841; par le docteur Pigeolet. 54, 157

Hôpital militaire de Namur (Rapport trimestriel de l'). 69
Hydropisie enkystée du vagin (Observation d') 429
Hydriatique (Exposé du système); par M. le docteur Habets. 147
Instructions pour l'observation des phénomènes périodiques; par le docteur Quetelet. 205
Iodure de soufre (Quelques mots sur la préparation de l'); par le docteur G. Van Melekebeke. 307
Jurisprudence médicale (Traité de); par MM. A. Lepoutre et L. Petit. 451
Kyste hydatidique du foie. Suppuration; guérison; par J.-E. Lequime. 131
Lithotritie (Mémoire sur l'application de la) aux pierres volumineuses, contenant l'observation d'une guérison obtenue par cette méthode; par André Uytterhoeven. 44
Opération césarienne (Observation, suivie de réflexions, d'une) pratiquée sans succès; par P.-J. Hendrickx. 299
Ophthalmie qui règne dans l'armée belge (De l') et des moyens d'arrêter la propagation de cette maladie dans toute agglomération d'individus; par H. P. Gouzée. 449
Otorrhée cérébrale (Observations d'); par le docteur Goosens. 34
Péricardite aiguë, mort, nécroscopie, considérations sur le diagnostic de cette affection; par le docteur Bulckens. 29
Rapport sur l'ouvrage de M. le docteur C. Gobée, intitulé : Klinische Bidragen tot de theorie en praktyd der Genees en Heelkunde. 12
Rapport sur l'ouvrage intitulé : Die Mercurialkrankheit in allen ihren Formen, geschichtlich, diagnostisch und therapeutisch dargestellt, von G. Ludw. Dietrich, der gesammten Heilkunde Doctor, pract. Artzzu München und einiger gelehrten Gesellschaften Mitgliede.— La maladie mercurielle sous toutes ses formes, exposée sous ses rapports historique, pathologique, diagnostique et thérapeutique. 134
Rapport sur l'ouvrage intitulé : Untersuchungen über Entstehung des Krankheitsgenius, dessen einzelne Formen und Gesetzgebung für aerztlihe Handeln, namentlich in Bezug auf die Jetztzeit, von Dr Martin Geigel, practischem Arzte in Würzburg. — Recherches sur l'origine du génius morborum, ses différentes formes, etc. 135
Rapport sur un travail intitulé : De gastromalacia et gastropathia infantum, auctore Franc. Xav. Ramisch. 136
Rapport sur un ouvrage intitulé : Relazioni In saggio delle opere di Giambatista Bellini, Toscano, primo chirurgo operatore e candotto in Lugo, dottore in medicina e chirurgia nella monarchia Austriaco, etc. 138
Rapport sur les mémoires de médecine et de chirurgie, présenté à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles; par le docteur Kerts. 268
Revue des journaux de médecine. 205, 324, 430
Sensibilité vertébrale (De la) à la pression dans les fièvres intermittentes chroniques et des indications thérapeutiques qu'elle fournit; par le docteur Gouzée. 288
Société des Sciences médicales et Naturelles de Bruxelles (Extrait du bulletin des séances de la). 426
Strangulation (Observation de) par le cordon ombilical. 426
Surdité guérie par la méthode endermique; par le docteur J.-P. Hoebeke. 375
Syphilis (Études sur la); par le docteur J. Jaques. 270
Tétanos (Guérison d'un). 424
Toxicographie de quelques poissons et crustacés de la mer du Nord; par Kesteloot. 225
Typhus abdominal (Traitement du) au moyen du nitrate d'argent; par le docteur Jos. Dominique Kalt. 350